

1698
20.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ORGANOS DENTARIOS
SUPERNUMERARIOS**

*Vol. 70
Carmen Luna Aguilar*

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
CARMEN LUNA AGUILAR

ASESOR DE TESINA: C.D. CARLOS M. GONZALEZ BECERRA



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



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.

Para mis adoradas hijas Carmen y Victoria.

Las bendiciones del cielo para mi hogar. Porque -

ustedes son mi fuerza y el impulso a continuar.

Gracias hijas.

Para ti Benjamín, mi amado esposo.

Por tu apoyo, amor y comprensión, gracias.

Con amor y respeto para mis padres
Elias y Ma. Guadalupe. Porque gracias a -
ustedes estoy viviendo la máxima creación
de Dios, mi vida.

Para mis hermanos ; Reyes, Rosa Ma., Elba,
Elias. Y especial agradecimiento y amor; Juanita,
Araceli y Lupe. Gracias hermanas, por todo su --
apoyo.

Con amor y respeto para mis padres
Elias y Ma. Guadalupe. Porque gracias a -
ustedes estoy viviendo la máxima creación
de Dios, mi vida.

Para mis hermanos ; Reyes, Rosa Ma., Elba,
Elias. Y especial agradecimiento y amor; Juanita,
Araceli y Lupe. Gracias hermanas, por todo su --
apoyo.

A mi maestro con cariño Dr. Carlos M.

González Becerra. Pra que el Don que Dios le dio,

perdure por muchas más generaciones. GRACIAS.

Para todos mis maestros, que

hicieron de mí, el futuro de su profesión.

Gracias.

Para mis compañeros de seminario, a todos
gracias. En especial para Olga L. , Claudia Guadalupe y
Rosa María . Gracias amigas.

INDICE

Página

INTRODUCCION		1
CAPITULO I		
	ODONTOGENESIS	2
CAPITULO II		
	ERUPCION DENTAL	9
CAPITULO III		
	ORGANO DENTARIO SUPERNUMERARIO	23
CAPITULO IV		
	ESTUDIO RADIOLOGICO	31
CAPITULO V		
	ANESTESIA	35
CAPITULO VI		
	TECNICA QUIRURGICA	36
	CONCLUSION	38
	BIBLIOGRAFIA	39

INTRODUCCION.

Las anomalías que observamos en el aumento del número de órganos dentarios en niños nos lleva al estudio e investigación de sus causas , localización y forma.

Los órganos dentarios supernumerarios como son llamados , son una de las principales causas de maloclusiones, alteraciones patológicas y alteraciones de las raíces de los órganos adyacentes. Afectan a la dentición mixta.

Considerando siempre un amplio estudio radiográfico, analizando zonas anatómicas , desarrollo y posición de ápices de órganos adyacentes permanentes y patologías. La literatura nos indica que esta anomalía afecta más a la dentición permanente que a la primaria , afectando más a maxilar que a mandíbula.

CAPITULO 1

ODONTOGENESIS.

Los órganos dentarios se forman a partir de la lámina dental ectodérmica y el tejido mesodérmico adjunto.

Es muy probable que participen también células de un tercer origen, ya que se considera que las papilas dentales surgen de células del ectomesénquima que se deriva de la cresta neural.

El germen dentario se transforma y posteriormente se mineraliza en una serie de estadios evolutivos.

En las primeras fases, las alteraciones epiteliales son las aparentes, pero la mineralización inicia desde, el tejido conjuntivo, mediante el depósito de dentina, que precede al depósito de minerales en el esmalte. Tras la formación de la corona, la cubierta radicular epitelial inicia el crecimiento de la raíz, lo que va unido al desarrollo de los tabiques óseos alveolares y la erupción del órgano dentario resultado de su crecimiento diferencial.

El desarrollo de los òrganos dentarios se produce siguiendo un orden estricto, a través de una interrelación complicada entre los diferentes componentes histiocitos. Las desviaciones del desarrollo normal se comprenden mejor analizando el nivel de diferenciación y la forma en que se pueden alterarse los mecanismos de inducción. Se sabe que un ameloblastoma ha permanecido en un estadio de diferenciación menor que un odontoma, y la formación de una cuspside supernumeraria se ha iniciado antes de una hipoplasia del esmalte.

LAMINA DENTARIA : Su formación se inicia cuando el embrión tiene 6-7 semanas de vida. Al cabo de dos semanas posteriores se ha formado ya los germenos de la dentición primaria. La dentición permanente se inicia a partir de la lámina dental, que proliferan en dirección lingual a los germenos de los òrganos dentarios primarios. (pag. 67)

Ello sucede desde el quinto hasta el décimo mes intrauterino, iniciando por los incisivos centrales y finalizando con los segundos premolares.

pag. 67 MAGNUSSON. ODONTOPEDIATRIA.

Los primeros molares permanentes se inician a partir de extensiones distales de la lámina dental, ya en el cuarto mes intrauterino.

Los segundos y terceros molares comienzan a formarse después del nacimiento, a la edad de 1 y 4-5 años, respectivamente.

La lámina dental se desintegra cuando la cripta ósea que rodea al germen dentario ha acabado de formarse. (pag. 67)

La lámina dental como órgano funciona durante un período de tiempo, y persisten restos de ella formando las llamadas perlas de Serre.(pag.67)

Estas perlas , cuando tienen una posición superficial, pueden observarse en la exploración clínica y se denominan quistes de la lámina dental.

La calcificación de los órganos dentarios primarios inician en las siguientes edades;

Incisivo Central ;décimo cuarta semana intrauterina.

Primeros Molares ; décimo quinta y media semana intrauterina.

Incisivos Laterales ; decima sexta semana intrauterina.

Caninos ; decima septima semana intrauterina.

Segundos Molares ; décima octava semana intrauterina.

Nota.- Datos obtenidos a partir de estudios histológicos.

En el momento del nacimiento se ha mineralizado una parte muy importante de las coronas de los órganos dentarios primarios, y una vez que se ha completado la formación de éstas, empiezan a formarse las raíces de los incisivos y primeros molares aproximadamente a los seis meses de edad, y de los caninos y segundos molares aproximadamente a los doce meses.

Los ápices radiculares de los órganos dentarios primarios se cierran entre los 1.5 y 3 años de edad, aproximadamente un año después de la erupción clínica del órgano dentario.

Orden de erupción de los órganos dentarios primarios a partir de valores medios niños y niñas.

Maxilar	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>5</u>
Mandíbula	1	2	4	3	5

Nota: el germen dentario encuentra dificultades evidentes para perforar el denso tejido conjuntivo fibroso, que se forma por encima de la cresta alveolar como consecuencia de las tensiones masticatorias - que inciden largo tiempo.

DESVIACIONES CRONOLÓGICAS.- Dentición tardía : La erupción retardada

puede ser local o afectar la totalidad de la dentición. La erupción de los órganos dentarios primarios se afecta por pocos trastornos locales. Las enfermedades y síndromes más comunes, que van acompañados de retraso en la erupción son: Hipopituitarismo, Hipotiroidismo, Hipoavitaminosis D, Síndrome de Down, Osteoporosis, Displasia Ectodérmica, Acondroplasia, Amelogénesis imperfecta y Disostosis cleidocraneal y cleidofacial.

Hipotiroidismo: Comporta un retraso del crecimiento y desarrollo, con inactividad o retardo de la madurez esquelética.

Hipoavitaminosis D; Puede ser debido a mal absorción secundaria a trastornos gastrointestinales.

Dentición precoz : La erupción prematura es rara. La erupción precoz de órganos dentarios aislados en dentición permanente se observa tras la pérdida moderada prematura de los órganos dentarios primarios correspondientes, o cuando la pérdida de órganos dentarios va acompañada de osteólisis u otro tipo de pérdida de hueso alveolar. La erupción también se acelera en zonas que se presentan angiomatosas.

La expresión máxima de erupción precoz son los órganos dentarios connatales y neonatales.

Dentición connatal: Cuando los órganos dentarios han erupcionado en el momento del nacimiento.

Dentición neonatal : Cuando la erupción comienza en el período neonatal.

Aproximadamente el 85 por ciento de órganos dentarios erupcionados precozmente son: Incisivos centrales inferiores, casi siempre de forma bilateral y simétrica.

Los órganos dentarios connatales y neonatales pueden tener una estructura y morfología normales, pero frecuentemente presentan alteraciones. Su corona puede ser menor y mostrar hipoplasia, rugosidades en la superficie del esmalte [manchas amarillas, grisáceas o parduscas]. Es frecuente que el órgano dentario presente movilidad, apareciendo con poca fijación en los tejidos blandos. Las radiografías -- manifiestan que aún no se ha formado la raíz. La hipomineralización de la corona puede deberse a la aportación insuficiente de sangre,

el epitelio del gèrmen dental situado superficialmente.

La etiología no se conoce, pero se cree estar ligado a la herencia.

Los síndromes en el que se presentan los òrganos dentarios ----

Connatales son : Displacia condroectodèrmica [Ellis -Van -Leveld ,

La oculomandibulodiscefalia [Haller mann - Streiff y Weyers - Fulling]

y la Paquioniquia congèntita [Jadasohn - Lewandowsky].

Síntomas relacionados con los òrganos dentarios Connatales son : Gin-

givitis, movilidad marcada [produciendo molestias en el niño al alimen-

tarse]. Pueden aparecer ulceraciones en la parte inferior de la lengua

como consecuencia del roce de èsta contra el borde incisal del òrgano d

dentario.

Importante complicaciòn tambièn es la anorexia debida a la movilidad

del òrgano dentario o por ulceraciòn de la lengua. Los òrganos dentales

producen lesiones en las mamas de la madre durante la lactancia.

CAPITULO II

ERUPCION DENTAL

La erupción dentaria involucra: la involución del epitelio dental, el establecimiento del surco gingival y el desarrollo inicial de la raíz y el ligamento parodontal. En la zona anterior de la arcada dentaria la erupción de los órganos dentarios permanentes va acompañada de la reabsorción y pérdida de los órganos dentarios primarios.

La erupción de un órgano dentario representa un cambio en la posición axial rápido, desde su sitio de desarrollo en el maxilar o mandíbula hasta su lugar de función en la cavidad oral (esto se conoce también como fase eruptiva prefuncional). En la fase preeruptiva el germen dentario muestra un crecimiento excéntrico y

pequeños movimientos de inclinación y giro en relación con el crecimiento general del hueso (maxilar ó mandíbula).

La fase prefuncional se completa cuando el órgano dentario alcanza el plano oclusal.

La tercera fase ó fase eruptiva funcional continúa a un ritmo lento durante los primeros años de la vida del niño. Esta erupción compensa la atrición oclusal y corresponde inicialmente un crecimiento vertical continuo do de la cara.

La exposición de la corona en la cavidad oral responde a una retracción de encía.

Fase prefuncional: El movimiento axial rápido del órgano dentario comienza con el desarrollo de la raíz. Cuando la longitud de la raíz es de 1-2 mm, se inicia el crecimiento de los tabiques alveolares, que continúan después con el crecimiento radicular. La erupción es

el resultado del crecimiento diferenciado de las dos estructuras (raíz y tabique alveolar).

Como la cripta ósea que rodea al gérmen dentario tiene una dimensión menor que el diámetro de la corona, la erupción funcional va acompañada de la desintegración - de los tejidos conjuntivo y óseo situados arriba del órgano dentario. Cuando la corona se acerca a la cavidad oral se produce la fusión de los epitelios oral y den - tal por encima del borde incisal o cúspide de la corona.

Los epitelios emergidos se queratinizan exponiendo al órgano dentario en la cavidad oral sin que produzcan ulceraciones en los tejidos blandos. (pag. 85).

Los primeros ameloblastos permanecen en contacto con la superficie del esmalte y forman parte de la cutícula del esmalte.

El surco gingival poco profundo se forma por una hendidura en la capa intermedia inicial más próxima al epi

telio interno del esmalte. Al mismo tiempo, se produce una erupción pasiva mediante un lento crecimiento hacia abajo del epitelio oral, y la exposición del órgano dentario tiene lugar por retracción del tejido blando.

Así es como el epitelio dental es substituido lentamente por el epitelio oral. En la porción cervical del órgano dentario el epitelio dental permanece varios años tras la erupción del órgano dentario.

El desarrollo de la raíz es inducido por la cubierta radicular epitelial. Cuando la dentina se forma la cubierta radicular epitelial, va disolviéndose poco a poco en su parte coronaria. En la región radicular quedan restos de la cubierta (radicular epitelial) a nivel del ligamento parodontal, formándose los restos de Malassez, que pueden activarse y proliferar en tiempos posteriores de la vida como consecuencia de traumatismos o infecciones que pueden formar quistes dentales.

Después de la desintegración de la cubierta epitelial radicular se observan fibras cortas incluidas en una fina capa de cemento radicular. Estas fibras se van elongando gradualmente hasta que quedan incluidas en las - trabéculas en desarrollo del hueso. Durante la fase prefuncional son pocas las fibras que llegan a ese punto. Con excepción de la zona cervical el ligamento parodontal posee pocas fibras, tienen una orientación vertical.

Cuando el órgano dentario es sometido a la carga de la oclusión, esas escasas fibras se multiplican y dan lugar a la formación de gruesos haces con orientación vertical característica del ligamento parodontal.

La erupción del órgano dentario no solo se acompaña del crecimiento de los tabiques alveolares sino - bien de aposición en el fondo alveolar. Es así como la erupción de los órganos dentarios va acompañada del aumento marcado de la altura del maxilar, la mandíbula y

la cara .

ASPECTOS CLINICOS DE LA ERUPCION: Los órganos dentarios primarios perforan la encía sin producir ningún síntoma. Sin embargo un alto porcentaje de niños tienen síntomas de diversa gravedad, que aparecen algunos días antes de la erupción clínica, y al explorar la zona observamos: enrojecimiento e hinchazón de la mucosa que recubre al órgano dentario. En este período el niño puede presentar irritación local junto a la tendencia de frotarse la encía con los dedos u otra cosa, lo cual provoca babeo. Poco antes de la erupción la mucosa se observa zona blanquesina exactamente en donde erupcionará el órgano dentario. Esta zona corresponde a la queratinización de los epitelios dental y oral funcionados.

Después de que el órgano dentario queda expuesto en la cavidad oral la irritación local desaparece. Sin embargo al rededor del borde incisal ó cúspide que están erupcionando, quedan frecuentemente alteraciones como:

enrojecimiento e hinchazón y otros signos de gingivitis local. En rara vez esta gingivitis eruptiva tiene carácter necrosante, pero ocasionalmente en niños mal nutridos, que viven en malas condiciones higiénicas, la gingivitis evoluciona a una estomatitis .

La erupción de los órganos dentarios permanentes pueden ocasionalmente acompañarse de signos y síntomas locales similares a los de la dentición primaria, pero éstos (permanentes) son mucho menos intensos.

Algunas ocasiones pueden observarse manchas azuladas sobre la pared alveolar por encima del órgano dentario que está erupcionando. Estas manchas son probablemente resultado del adelgazamiento de la mucosa, permitiendo que el tejido mucoso de la cripta ósea que rodea al órgano dentario sea transparente, dando un tinte azul.

Estas manchas deben ser revisadas clínicamente, ya que puede ser el inicio de un quiste folicular.

El quiste folicular es también llamado quiste de erupción, tiene un crecimiento expansivo y lento y altera la erupción. Llegan a alcanzar un gran tamaño si no son tratados. Se les hace una incisión para que drene el líquido histico, para producir la rápida erupción del órgano dentario.

Los quistes foliculares pueden deberse a infecciones provocadas por el niño, que incluso puede producirse un hematoma si se frota la zona irritada en el punto de erupción con algún objeto duro. Estos hematomas (rupturas de pequeños vasos), no interfieren en la erupción normal.

OPERCULO, SECUESTRO DE ERUPCION, FOLICULITIS; Cuando la cara oclusal es liberada por la erupción, el tejido blando permanece en la porción distal del órgano dentario. Este lóbulo distoclusal se conoce como opérculo gingival.

El traumatismo de la oclusión, o la acumulación de placa bacteriana en el opérculo, puede producir inflamación e hinchazón, que se presentan en torno a los terceros molares inferiores.

La dificultad que el órgano dentario en erupción encuentra al perforar el tejido fibroso denso es resultado de la pérdida muy prematura de la dentición primaria.

Como resultado de la fuerza de masticación, la encía se hace fibrosa y puede retrasar la erupción, por lo que hace necesaria la exposición quirúrgica del órgano dentario permanente. Algunas ocasiones el tejido óseo de la cripta no se reabsorbe por encima de molares en erupción y se forman secuestros.

La etiología de los secuestros de erupción se desconoce. Una causa probable es que el aporte vascular a la cresta ósea se haya interrumpido por reabsorción de las porciones externas, condicionando una necrosis aséptica del hueso.

Los síntomas generales de la erupción que se conocen son : irritabilidad, fiebre, infecciones de vías respiratorias, anorexia, estreñimiento, diarrea, hipersalivación y erupciones cutáneas.

La irritabilidad general del niño en la erupción dentaria, origina: agitación, inquietud e insomnio y la inflamación aguda en la encía sería la explicación de esos síntomas.

La reabsorción de los órganos dentarios primarios es un proceso bastante lento. La formación de la raíz se completa a los 3-4 años de edad, y en ese momento inicial la reabsorción en las raíces proximas al órgano dentario sucesor permanente. La reabsorción radicular fisiológico es un proceso intermitente en el que alternan períodos de reabsorción activa con otros más prolongados en que se interrumpe.

Las fases de reabsorción activa son más breves que los períodos de reposo, durante los cuales se ponen en

en marcha procesos reparadores dirigidos a reestablecer la inseción parodontal en la zona de reabsorción. Aunque la reducción de la raíz progresa, su ligamento parodontal sigue funcional. La reabsorción de la dentina la realizan los odontoblastos, son células multinucleares que aparecen sobre la superficie radicular. La dentina no presenta cambios profundos, ya que la reabsorción afecta sólo a la superficie. Cuando el espacio entre el órgano dentario permanente y la raíz del primario es estrecho, se ha observado una reabsorción lineal, probablemente inducido por el endotelio vascular.

En las fases de reparación se depositan sobre la superficie de la raíz cemento radicular. Si el proceso de reparación supera a la reabsorción, el resultado puede ser una anquilosis.

La reabsorción inicia y es estimulada por el crecimiento y erupción del germen dentario permanente; Pero sucede también que el órgano dentario primario sufra

una reabsorción lenta, sin que haya la presencia de un gérmen permanente. La fuerza con la que se lleva a cabo la masticación provoca probablemente la reabsorción del órgano dentario primario.

En los órganos dentarios de raíces largas como los caninos y segundos molares primarios son más resistentes a este tipo de reabsorción.

Una pulpitis del órgano dentario puede acelerar la reabsorción radicular, pero la necrosis y la inflamación periapical tienden a retrasar o incluso a detener el proceso de reabsorción.

La pulpa dental no participa en la reabsorción redicular. La proliferación del epitelio puede ir precedida o acompañada de la inflamación gingival al tejido pulpar.

La pulpa dental toma el carácter de tejido de granulación que participa en la reabsorción de la dentina en fase tardía.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ORGANOS DENTARIOS

PRIMARIOS.

Los órganos dentarios primarios son más pequeños que los órganos dentarios permanentes, principalmente en cuanto a su dimensión vertical. Las coronas son más pequeñas y redondeadas, y su parte cervical es voluminosa en su unión amelocementaria marcada. El esmalte en los órganos dentarios primarios presenta un color blanca-azulada, en comparación con el color blanco amarillento de los órganos dentarios permanentes. En la dentición mixta, los órganos dentarios primarios muestran una marcada atricción, que es contrastada con los mamelones y cúspides puntiagudas de los órganos dentarios recién erupcionados.

Los conductos y cámaras pulpares ocupan una porción grande en los órganos dentarios primarios, ya que las dimensiones del esmalte y dentina son relativamente pequeñas.

La morfología de los órganos dentarios esta determi-

nada predominantemente por factores genéticos, y como consecuencia muchas aberraciones se explican con un con texto antropológico.

Los transtornos del tamaño del órgano dentario pueden afectar la totalidad del órgano dentario o la raíz, y ser locales o generales.

ORGANOS DENTARIOS SUPERNUMERARIOS

Los órganos dentarios supernumerarios son el resultado de una formación continuada de gérmenes por el órgano del esmalte, o una proliferación excesiva de células. La alteración física de la lamina dental sobreactivada y el fracaso en la inducción de la lámina dental por el ectomesénquimia. Esto puede también ser responsable de una variedad de irregularidades en la dentición primaria y permanente. La etapa de diferenciación determina si a futuro se produjera un quiste, odontoma o un órgano dentario supernumerario.

La prevalencia de aparición de supernumerarios es mayor en maxilar que en mandíbula, la zona más común es en incisivos superiores. Los órganos dentarios permanentes supernumerarios son más frecuentes que en los primarios.

La presencia de órganos dentarios supernumerarios en varios miembros de la misma familia nos sugiere que esta anomalía sigue un patrón familiar, por lo tanto nos da juicio de que el factor hereditario es primordial. La clasificación morfológica que Primosch (1981), dió es: suplementarios y rudimentarios. Suplementarios , tienen la anatomía típica de los órganos dentarios anteriores y posteriores.

Rudimentarios: son dismórficos y tienen forma cónica tuberculada, otros forma de molar.

La forma más común de los órganos dentarios supernumerarios en insicivos es conóide, aunque a veces tienen exactamente igual su anatomía que un normal.

La ubicación en zona entre insicivos superior le da el nombre de mesiodens.

Existe también el mesiodens invertido, el cual tiene forma tuberculada, impide la erupción de los órganos dentarios adyacentes, y ahí será necesario extraerlo --

quirúrgicamente.

Los mesioden son bastante frecuentes pueden no alterar la erupción ó si alterar la de los incisivos centrales produciendo un grande diastema.

El mesiodens puede ser único o bilateral, impactado ó erupcionado. Altera la erupción y provoca una posición anómala de los órganos dentarios adyacentes.

En esa zona se observan quistes foliculares. Se indica su extracción valorando las raíces de los incisivos que hayan completado su desarrollo.

Otras zonas frecuentes de erupción de órganos dentarios supernumerarios son laterales y caninos superiores, e inferiores, premolares superiores e inferiores y molares inferiores.

Canino permanente supernumerario: Es raro, pero cuando aparece es casi idéntico al canino permanente.

La retención de este órgano dentario supernumerario depende de la cantidad de espacio en el arco y la oclu-

sión. Su forma cuando esta incluido es rudimentaria.

Premolares permanentes supernumerarios: Estos órganos dentarios son más comunes en mandíbula.

Cuarto molar : se encuentran localizados en la zona retromolar distalmente a los terceros molares inferiores o superiores. En ocasiones presentan mal formaciones , normalmente son rudimentarios y pequeños y ocasionalmente pueden estar impactados o erupcionados; Únicos o bilaterales.

Nota.- Es mayor su incidencia en maxilar que en mandíbula.

Para molar: Ese parte de un molar supernumerario. Es una cuspide que se localiza específicamente en la cara vestibular de la cúspide Mesio-bucal de los molares superiores.

Factores predisponentes.

Los factores principales son hereditarios de raza patologías y síndromes.

Síndromes: Disostosis cleidocraneal, Gardner , labio y paladar hendido y Orodigitofacial.

Disostosis cleidocraneal: Se caracteriza por ser un síndrome congénito raro.

La afección puede ser genética y seguir un patrón dominante, pero también puede ser espontáneo y no hereditario. El diagnóstico se establece al encontrarse con ausencia de clavículas. Las fontanelas y las radiografías de cabeza nos muestran las suturas abiertas, aún avanzada la vida del niño. Los senos en particular el frontal, suele ser pequeño. La dentición esta demorada en su desarrollo, no resulta raro encontrar la dentición primaria completa a los quince años de edad. Una de las características distintivas son los órganos dentarios supernumerarios. En algunos niños, puede haber pocos órganos dentarios supernumerarios en la zona anterior de la boca, en otros pueden existir muchos órganos dentarios supernumerarios en toda la boca.

Si se eliminan los òrganos dentarios supernumerarios la erupciòn de la denticiòn permanente ha menudo està retrasada e irregular.

Síndrome de Gardner: Es un trastorno hereditario que se caracteriza por : Fibromas múltiples, osteomas, y òrganos dentarios supernumerarios, se localizan comúnmente en maxilar.

Síndrome de Haller-man - Streif: Se producen discefalias, hipoplasia mandibular y cara de pájaro.

Síndrome orodigitofacial : Se caracteriza por cráneo mal desarrollado, con hendiduras maxilares y frenillos hiperplásicos, malformaciòn de dedos de pies y manos y la presencia de òrganos dentarios supernumerarios.

Paladar hendido y labio leporino : Està anomalia se asocia frecuentemente a variaciones numericas de òrganos dentarios.

El análisis que interesa al Cirujano Dentista de esta anomalia pertenece al grupo de: hendiduras del paladar primario . Este grupo comprende todas las hendiduras localizadas antes del agujero incisivo, todas las formas y grados de labio hendido y combinaciones

de labio y proceso alveolar hendido.

La teoría que es aceptada para la explicación de esta anomalía es la deficiencia mesodérmica, que sugiere : El labio y el premaxilar existen en forma temprana como una capa ectodérmica en donde están presentes tres masas de mesodermo. Normalmente estas masas de mesodermo crecen y se unen para formar el labio y el premaxilar , pero si no crecen ni se infiltran en la capa ectodérmica, el debilitamiento consiguiente de esta delicada membrana rompe la capa, dando como resultado un labio hendido.

Generalmente se indica que el paladar hendido se debe a que los procesos no logran encontrarse y hacer fusión en la línea media.

En pacientes de paladar hendido los órganos dentarios supernumerarios se encuentran en el maxilar, en la parte distal a la hendidura.

Antes de hacer la extracción de los órganos dentarios supernumerarios se tomarán buenas radiografías periapicales, oclusales y laterales.

Los pacientes con labio-paladar hendido, frecuentemente presentan órganos dentarios supernumerarios en denticiones primaria y permanente. En la dentición primaria se aconseja que estos órganos denta-

rios se exfolien normalmente. En la dentición permanente los órganos supernumerarios se extraen lo antes posible.

Factores de raza: hay mayor prevalencia en países con descendencia mongólica, que en países caucasicos.

CAPITULO IV

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

La frecuencia con la que se manifiestan los òrganos dentarios supernumerarios en niños es muy alta, es necesario hacer examen radiogràfico completo en preescolares antes de la erupción de los òrganos dentarios permanentes o al sospechar de la presencia de la alteraciòn antes mencionada.

Al hacer el examen radiogràfico y percatarnos de la presencia de supernumerarios , se tomara la desiciòn de intervenir o mantener el òrgano dentario supernumerario y òrganos adyacentes en observaciòn.

Las radiogràfias que se consideran necesarias para la localizaciòn exacta de los òrganos dentarios supernumerarios son: periapicales , oclusales , laterales.

En la regiòn superior se toma radiogràfias oclusal y lateral. Esta ùltima se toma pidiendo al paciente sostenga una película

oclusal paralela a la mejilla. Esta vista nos indica si los òrganos dentarios supernumerarios son palatinos o vetibulares con relaciòn a los òrganos permanentes , y a la altura de cada uno.

Hay que tomar en cuenta , antes de una extracciòn de supernumerario , la fase de desarrollo de los àpices de òrganos dentarios permanentes adyacentes.

TECNICA MAXILAR LATERAL.

El plano oclusal del paciente debe ser paralelo al piso , y el plano sagital debe serle perpendicular. El eje mayor de la pelìcula estarà perpendicular al piso y se apoya en el hombro del paciente y contra su cara. La mano que sostiene la pelìcula tendrà los dedos bien extendidos y separados. Girando la cabeza hacia la pelìcula hasta que la nariz la toque , el paciente levanta ligeramente el mentòn.

El eje mayor de la cabeza del niño estarà inclinada 15 grados hacia el lado de la toma de radiogràfia. El rayo central penetra al paciente 1/2 pulgada debajo y detràs del àngulo de la mandibula por el lado opuesto al que tomara la radiogràfia. El àngulo vertical està 17 grados debajo. El rayo central serà perpendicular al plano

de la película.

TECNICA OCLUSAL ANTERIOR SUPERIOR.

El plano oclusal del paciente debe ser paralelo al piso. Se coloca la película periapical en la boca de modo que el eje mayor vaya de izquierda a derecha , y que el plano medio sagital divida en dos partes iguales a la película .Se indica al paciente cierre suavemente para sostener la película , cuyo borde anterior debe sobresalir 2 milímetros del borde incisal de los órganos dentarios anteriores. Se dirige el rayo central hacia los ápices de los incisivos centrales, un centímetro por sobre la punta de la nariz o a lo largo de la línea media . El ángulo vertical sera de 65 grados sobre la horizontal.

TECNICA PERIAPICAL.

Se ubica la cabeza del niño de manera que el plano medio sagital quede vertical. La línea ala-tragus será paralela al piso. Si es necesario se dobla la película , debido a la estreches del arco. Se coloca la película de tal manera que los incisivos centrales

estèn centrados mesiodistalmente en la película . El borde incisal de los centrales estará a 5 milímetros del borde incisal de la película . Se aplica ligera presión con el dedo pulgar contra la película , de manera que lo mantenga en la posición deseada sin curvarlo. Se usa la mano derecha o izquierda.

El rayo central penetrará por la punta de la nariz. El ángulo vertical inicial es de 45 grados sobre la horizontal.

El diámetro horizontal del extremo abierto del tubo del aparato de RX. debe ser paralelo al eje mesiodistal o borde incisal de la película.

CAPITULO V

ANESTESIA.

TECNICA POR VESTIBULAR-ANTERIOR.

Para anestesiar la zona de incisivos centrales y laterales se hara punto por cada òrgano que vaya a ser necesario. La soluciòn se aplica en el surco vestibular , cerca del àpice dental , la soluciòn se aplica lentamente.

TECNICA PALATINA.

Se anestesia la zona nasopalatina . Esta tècnica anestesia al nervio nasopalatino , que inerva a los òrganos dentarios anteriores .

Se introduce la aguja en el conducto, teniendo cuidado porque es muy dolorosa.

La via de inserciòn de la aguja es en la papila incisiva, justo por detras de los incisivos centrales. Se dirige la aguja hacia arriba y dentro del conducto palatino anterior.El malestar asociado a la punsiòn puede eliminarse si se deposita la soluciòn anestésica a medida que avanza la aguja.

CAPITULO VI

TECNICA QUIRURGICA.

El acceso a los órganos dentarios supernumerarios impactados por lo general se hace por un colgajo palatino anterior.

La incisión se hace en los cuellos palatinos de los órganos dentarios anteriores , cuidando las papilas interdetales, (No hacer corte recto en papila).

Se desperiostiza el paladar y se retrae el colgajo hacia atrás.

Se hace la eliminación de hueso mediante fresas de carburo No. 3 Siempre irrigando , para no necrosar el hueso por exceso de calentamiento. En todo momento se tendrá presente la zona anatómica en la que estamos interviniendo. Cuando se descubre la corona del órgano dentario supernumerario observaremos el tamaño y forma de corona , para poder determinar como va a extraerse.

Cuando el órgano dentario supernumerario es pequeño trataremos de extraerlo completo , si es de mayor tamaño requerirá de odontosección.

Al termino se curetea suavemente para eliminar todo el tejido foli-
cular. Se irriga. El cierre se efectúa mediante sutura en los
espacios interproximales , dejando el nudo hacia palatino.

Se coloca una gasa impregnada de suero fisiológico y cerramos
la boca del paciente . La sutura se retira a los 7- 10 días.

Prescribimos antibiótico, analgésico ,desinflamatorio.

La dieta sera nula de irritantes , grasas , y el no poder aso-
learse.

CONCLUSION.

Las alteraciones que provocan los órganos dentarios supernumerarios son preocupantes , por las secuelas permanentes que dejan.

Es importante realizar un buen examen bucal completo , abarcando tejidos blandos , mucosa , lengua , carrillos , paladar duro y paladar blando , labios, procesos alveolares y el número correcto de órganos dentarios de acuerdo a la edad del paciente.

El estudio radiográfico es indispensable para la localización de alteraciones patológicas, zonas anatómicas y la presencia de órganos dentarios supernumerarios.

BIBLIOGRAFIA.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE.

Ralph E. Mc Donald. Ed. Panamericana.

HISTOLOGIA.

C. Roland Lesson; Thomas S. Lesson. Ed. Interamericana.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Sidney B. Finn. Ed. Interamericana.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

J R. Pinkham. Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Leyt.

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

PATOLOGIA BUCAL.

Regezi. Nueva Ed. Interamericana.

PATOLOGIA ORAL.

Portilla. Aguirre. Gaytan. Ed. El Ateneo.