



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

FRECUENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS EN  
MANDÍBULA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

KARLA PALACIOS MARTÍNEZ

TUTOR: C.D. ALEJANDRO MUÑOZ CANO CHÁVEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*Esta tesina, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de la autora y su tutor, que sin ellos no hubiese sido posible su finalización, sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación.*

*Primero y antes que nada, dar gracias a Dios y la virgen de Guadalupe, que por ellos estoy aquí, gracias por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

### *Mamá*

*Gracias, porque tus esfuerzos, preocupaciones, e ilusiones, no fueron en vano pues e aquí el resultado y de nuevo gracias por darme la dicha y satisfacción de no solo haberme dado uno de los tesoros más bellos y la mejor arma de la vida “una profesión”, la cual sabré ejercerla aplicando los valores adquiridos a lo largo de mi vida.*

*Te agradezco por darme la dicha de vivir. Aunque hemos pasado momentos difíciles siempre has estado apoyándome, por todo esto te agradezco de corazón, y el que estés a mi lado y aquí presente lo hace verdadero, ya que sin ti no hubiera logrado llegar hasta este logro, y que gracias a todos estos sacrificios he aprendido a crecer y a valorar a las personas que nos rodean...*

### *Papá*

*Te doy las gracias por los grandes consejos de superación que nunca me faltaron, y que gracias a todos esos consejos que escuche, me sirvieron y me sirven para no doblegar ante cualquier situación.*

*Carmen, Adriana, Isa*

*El esfuerzo y la dedicación que he puesto en esta parte de mi tesina va con mucho cariño para mis hermanas, cuyo afecto y comprensión ha sido mi inspiración.*

*Las gracias por haber soportado tanto sacrificio por parte de ellas, para poder ser lo que ahora soy, sin pedirme nada a cambio*

*Las quiero mucho...*

### *Abuelita "María"*

*Con cariño para mi segunda madre. Porque con tu gran calidez de persona, humildad, sencillez, consejos y cuidados soy como un miembro único para ti, sin hacerme ninguna distinción alguna, y porque doy gracias a dios, por ser parte de tu vida y hacerlos parte de la mía.*

*Sencillamente de nuevo te doy gracias por tantos consejos que me has dado, y que a veces no los tomo en cuenta, y me doy cuenta demasiado tarde.*

*Solo te digo gracias, y que realmente no hay palabras exactas para agradecerte lo mucho que has dado por mi.*

*Parte de unos esfuerzos tuyos, es por que acabe mi carrera profesional. Tu lo sabes y gracias.*

### *Lleny*

*Aún y siempre seguirás siendo mi mejor amiga. Gracias por estar conmigo hoy, y compartir este sueño conmigo. Tantas experiencias que hemos pasado las dos juntas "llorar, reír, saltar, callar, los retos etc.". Que al final de cuentas en las buenas y en las malas estamos ahí siempre amiga.*

*Quisiera hablar de mas, pero eso solamente tu y yo lo sabemos. Tú y yo tenemos más de 7 años tratándonos como las mejores amigas. Sabes es la hora de partir "duele, emociona, preocupa, y hace feliz." Pero es la hora de continuar con la vida.*

*Porque vienen cosas muy padres.*

*Te quiero mucho.*

*Nunca lo olvides*

*Rosita*

*Mi gran amiga, poco tiempo de conocerte no fue, pero si el necesario para saber que eres una persona linda y sencilla, incluyendo a tus padres, que para mi son también mis amigos y tienen razón fuiste un regalo y por algo te conocí nunca voy a dejar de agradecer por todo lo que han hecho por mi y mi familia*

*Te quiero mucho.*

*Miguel*

*Mi mejor amigo ¡Perusquilla! que valoro mucho, juntos desde 1er año de universidad hasta el final en el seminario juntos, lo logramos amigo, tal vez ahora tornemos rumbos diferentes pero nunca dejaré de olvidar el entusiasmo con el que muchas veces me motivaste a seguir siempre adelante sin doblegar siguiendo el camino por difícil que parezca, gracias....*

*Y principalmente a la persona que tanto alumnos como profesores admiramos y me consta porque ella sabe ser amiga, ser profesora, ser guía y sobre todo sabe dar a conocerse por lo que sabe, agradezco el haber estado un año con ella, porque son muy pocos los que tienen la dicha de tener a este tipo de profesores, gracias por corregirme en lo que fallo, y sobre todo gracias por haberme tomado en cuenta y haberme permitido iniciar y concluir este Seminario. Esa doctora a la que aprecio y quiero mucho es la Mtra. Rocío Gloria Fernández López. ¡Gracias!*

*A mi tutor el C.D. Alejandro Muñoz Cano Chávez*

*Dr. Muñoz cano Gracias a usted por ayudarme a realizar de manera directa la elaboración de mi tesina, quien siempre estuvo cuando lo necesite. Y porque aparte de ser mi tutor y profesor, lo considero mi amigo, pues mi primera extracción fue guiada*

*por usted, lo quiero mucho doctor y todos los momentos que pasamos bromeando espero y no se olviden.*

*C.D. Jorge Guillermo Zarza Cadena*

*Dr. Zarza, mi gran amigo, agradezco todo porque al final y al cabo la confianza, y parte de lo aprendido fue gracias a usted, por lo cual estoy hasta aquí, nunca cambie su buen humor porque yo no lo haré. Lo quiero mucho doctor y gracias.*

*C.D Oscar Hermosillo*

*C.D. Oscar. Muy poco tiempo, demasiado corto diría yo, me hubiese haberlo conocido antes del seminario, porque a pesar de ser profesor es un gran amigo con quien puedo platicar o consultar si tengo alguna duda, no importa que tan tonta sea. Parte de mi desarrollo en este seminario como cirujano dentista lo debo a usted, pues pocos tienen la paciencia para escuchar a los alumnos de una forma amigable y profesional como lo hace usted. ¡Gracias!*

*Por último gracias a la UNAM y a mi Facultad de Odontología que fueron mi segunda casa pues parte de mi formación se dio aquí y nunca lo olvidaré.*

## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	.....	<b>9</b>
<b>2. Antecedentes</b>	.....	<b>10</b>
<b>3. Definición de diente supernumerario</b>	.....	<b>12</b>
<b>4. Odontogénesis</b>	.....	<b>13</b>
<b>5. Dientes no erupcionados: retenidos, impactados, incluidos, ectópicos, heterotòpicos</b>	.....	<b>16</b>
<b>6. Etiología</b>		
6.1. Teorías de la formación de dientes supernumerarios	.....	<b>19</b>
<b>7. Clasificación según su:</b>		
7.1. Morfología	.....	<b>21</b>
7.2. Localización	.....	<b>23</b>
7.3. Posición	.....	<b>24</b>
7.4. Número	.....	<b>24</b>
<b>8. Diagnóstico</b>		
8.1. Signos y Síntomas	.....	<b>27</b>
8.2. Técnicas radiográficas empleadas	.....	<b>28</b>
<b>9. Diagnóstico diferencial</b>	.....	<b>32</b>
<b>10. Manejo de dientes supernumerarios</b>	.....	<b>33</b>

<b>11. Tratamiento</b>	.....	<b>34</b>
11.1. Ventajas y riesgos de la exodoncia temprana contra la tardía del supernumerario	.....	<b>35</b>
11.2. Abordaje quirúrgico: Mandibular: lingual y vestibular	.....	<b>36</b>
<b>12. Recomendaciones posoperatorias.</b>	.....	<b>39</b>
<b>13. Epidemiología de los dientes supernumerarios en mandíbula</b>	.....	<b>40</b>
<b>14. Caso clínico</b>		
14.1. Historia clínica	.....	<b>45</b>
14.2. Exploración clínica bucal	.....	<b>45</b>
14.3. Diagnóstico radiográfico	.....	<b>46</b>
14.4. Tratamiento	.....	<b>46</b>
14.5. Instrumental utilizado	.....	<b>46</b>
14.6. Tipo de anestésico utilizado	.....	<b>47</b>
14.7. Abordaje quirúrgico región derecha lingual	.....	<b>47</b>
14.8. Abordaje quirúrgico región izquierda lingual	.....	<b>49</b>
14.9. Antibioticoterapia	.....	<b>51</b>
14.10. Recomendaciones posoperatorias	.....	<b>51</b>

14.11. Resultados del posoperatorio	.....	52
<b>15. Conclusiones</b>	.....	<b>53</b>
<b>16. Referencias bibliográficas</b>	.....	<b>54</b>



## 1. Introducción

Con el propósito de conocer todo lo relacionado a dientes supernumerarios podremos llegar a saber cuál es la frecuencia de estos órganos dentarios, los cuales son una anomalía de desarrollo que suele aparecer en cualquier área de los arcos dentales, en donde muchos autores justifican mediante estudios la mayor prevalencia en el maxilar y menor en la zona mandibular, en una proporción de entre 5: 1 a 10:1, pudiendo afectar a cualquier órgano dentario. Por lo general, la causa de tales anomalías del desarrollo es la duplicación de la lámina dental que da lugar a la aparición de uno o varios órganos dentarios en una o más localizaciones anatómicas. El diente supernumerario más común es el mesiodens, seguido por los premolares y cuartos molares, los dientes supernumerarios localizados en la parte anterior de los maxilares son de forma cónica y por lo general no se parecen a sus contrapartes normales.

La presencia de supernumerarios altera el desarrollo oclusal normal y contribuye al establecimiento de una maloclusión, al igual pueden que provocar retención del incisivo central permanente, reabsorción radicular, rotación, diastema o apiñamiento y pueden dar como resultado quistes en la cavidad nasal. Por lo que el tratamiento a seguir es quirúrgico.

La realización de una buena anamnesis, el conocimiento profundo y el diagnóstico radiológico temprano serán las mejores herramientas para la elección del mejor tratamiento de los órganos dentarios supernumerarios.

## 2. Antecedentes

Las estructuras dentales tienen un patrón de crecimiento único, por lo que es posible averiguar las anomalías según el periodo del desarrollo en que se han producido.

La dentición humana empieza a formarse alrededor de la sexta semana de vida intrauterina <sup>(1)</sup>, y continúa hasta el final de la adolescencia, con la calcificación de los terceros molares <sup>(2)</sup>

Las anomalías dentales son malformaciones congénitas de los tejidos dentarios en donde se dan variaciones en el número, tamaño, erupción o morfología de los mismos tal es el caso de los supernumerarios. Esto indica que la anomalía en particular ocurre durante la formación del órgano dentario, dada la complejidad y las interacciones presentes en su desarrollo, desde su inicio hasta la erupción de los mismos. <sup>(3)</sup>

La hiperodoncia o desarrollo de dientes “extras” ha sido observada en el hombre desde el pleistoceno, con una frecuencia progresivamente en aumento desde épocas paleolíticas <sup>(4)</sup>. En 1994 en el interior de la cueva del Sidrón en Borines (España) se encontraron fragmentos mandibulares que conforman la hemimandíbula izquierda y porción correspondiente al cuerpo mandibular derecho hasta el canino, de un individuo adulto cuya clasificación taxonómica se atribuye al homo sapiens neanderthalensis en donde se observa la presencia de un diente de menor tamaño y morfología anormal en la cara mesio- vestibular correspondiente a un supernumerario <sup>(5)</sup>



*Fuente: Anomalías de la dentición de la mandíbula SDR-7-8-Sidrón, Abenza, Laboratorio de Antropología Forense. Facultad de Medicina- Pabellón N 17. Ciudad Universitaria Madrid. Fig.1: imagen radiológica que revela la presencia de un diente incluido (morfológicamente parece un canino). <sup>(1)</sup>*



---

Weinberger describe la inclusión de un canino permanente mandibular izquierdo, con persistencia del canino temporal en *Ahomo mousteriensis* (100.000-40.000 años)<sup>(6)</sup>

Sus características clínicas y patológicas han sido descritas en la literatura científica desde hace muchos años en los libros de odontología y patología oral y maxilofacial desde la primera mitad del siglo XX lo cual sirve como herramienta para el conocimiento propio de los dientes supernumerarios.

En la revisión bibliográfica desde 1980 de la literatura científica, se han encontrado numerosos artículos descriptivos referentes a los dientes supernumerarios erupcionados, no erupcionados y su manejo clínico en donde se describen series de casos clínicos acerca de dicha anomalía.



### 3. Definición

En la literatura existen muchísimos términos referentes a los dientes supernumerarios, pero entre los más comunes y destacados encontramos los siguientes:

Según Ponce <sup>(7,8)</sup> también se le conocen como: tercera dentición, dientes pospermanentes, hiperplasia de la dentición, dentición adicional, superdentición y polidontismo.

Scheiner <sup>(9)</sup> los considera como una hiperodoncia o exceso en el número de dientes comparados con la fórmula dental normal ya sea durante la dentición decidua o permanente.

En cirugía oral e Implantología <sup>(10)</sup> el término no cambia mucho definiéndolos como piezas accesorias de forma y tamaño variable que aparecen en la arcada dentaria, las cuales pueden erupcionar o bien estar retenidas.

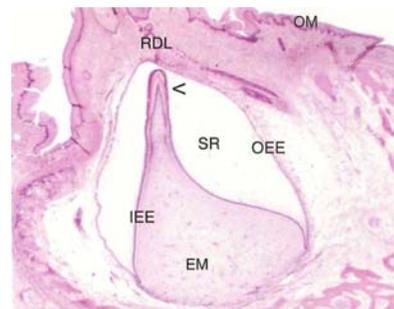
La importancia de este concepto es fundamental por lo que el propio sería que **\*Son anomalías de aumento en el número de los órganos dentarios en ambas arcadas, en su mayoría suelen estar erupcionados o retenidos visualizados radiográficamente**

## 4. Odontogénesis

La odontogénesis es un proceso complejo en el que están implicados el ectodermo, el mesodermo y células procedentes de la cresta neural<sup>(11)</sup>. El hombre tiene diferentes tipos de dientes a causa de una especialización funcional. En los mamíferos superiores son sustituidos una vez en la vida y la heterodoncia en los humanos se manifiesta en los cuatro tipos de dientes: incisivos, caninos, premolares y molares. La dentición humana es bifiodóntica, es decir, que tenemos los dientes primarios o de leche y los permanentes o definitivos, su formación y estructura son similares. El hecho de tener una doble dentición podría explicar la elevada frecuencia de alteraciones de número de dientes en los seres humanos. Los órganos dentarios se desarrollan a partir de brotes epiteliales que se forman en la parte anterior de los maxilares y luego evolucionan hacia la parte posterior.

Las capas germinativas participantes en dicha formación son el epitelio ectodérmico (esmalte) y el ectomesénquima (dentina, pulpa, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar). Casi todos los órganos de los vertebrados se desarrollan inicialmente desde tejidos epiteliales y mesenquimales y es la interacción epitelial-mesenquimal la que regula el desarrollo del órgano dentario. El papel inductor es desarrollado por el ectomesénquima o mesénquima cefálico, formado por células de la cresta neural que han migrado a la región cefálica, ejerciendo su acción inductora sobre el epitelio bucal de origen ectodérmico que reviste el estomodeo (fig. 2).

Fuente: Estudio de la prevalencia de quistes foliculares en dientes supernumerarios, Padró Ferrès. Universitat Internacional de Catalunya, Noviembre 2008. Fig 2- Germen dental con la formación inicial de estructuras duras del diente (<) EM: Ectomesénquima, OM: Mucosa oral, RDL: Restos de la lámina dental, SR: Retículo estrellado, OEE: Epitelio del esmalte externo, IEE: Epitelio del esmalte interno.<sup>(9)</sup>





En este desarrollo del órgano dentario encontramos dos grandes fases: la morfogénesis o morfodiferenciación (desarrollo y formación de los patrones coronario y radicular) y la histogénesis o citodiferenciación (formación de los diferentes tejidos del órgano dentario). El desarrollo básico de todos los dientes es muy parecido al del cabello y las glándulas sudoríparas, por ejemplo. En el embrión, las células de la lámina dental epitelial crecen en el interior del tejido mesenquimatoso subyacente. A continuación, el órgano del esmalte, la papila dental y el folículo dental crecen y forman el diente. Dichas fases se denominan estadio de iniciación, brote o yema, casquete y campana según la forma del germen dental (fig 3).

Las células mesenquimales de la papila dental contigua al órgano del esmalte se diferencian en odontoblastos y empiezan a secretar dentina.

Las células epiteliales adyacentes a los odontoblastos diferenciados se diferencian en ameloblastos y secretan esmalte. Finalmente, las raíces se desarrollan y el diente erupciona en la cavidad oral. Los dientes permanentes que se forman en un segundo brote tienen parecida formación, pero un desarrollo más lento. Los investigadores han demostrado que estos procesos están regulados por la interacción epitelial-mesenquimal de los tejidos. Éstos se envían señales que la mayoría de las veces son pequeñas proteínas secretadas por un tejido y recibidas por otro. La interpretación celular de las señales determina su respuesta, crecimiento, expresión genética o incluso muerte celular. Hay pequeñas diferencias en estas señales durante el desarrollo de los diferentes dientes. <sup>(12, 13, 14,15)</sup>

Estadio iniciación ED 10-11	Estadio brote ED 11-13	Estadio casquete ED 13-15	Estadio campana ED 15-17
Estadio diferenciación ED 17-recién nacido	Estadio secretor de la corona recién nacido y en adelante	Estadio secretor radicular día 3 y siguientes	

**Códigos de color:**

Tejidos epiteliales:

	Epitelio oral
	Reticulo estrellado
	Estrato intermedio
	Epitelio dental y epitelio del esmalte externo
	Epitelio del esmalte externo y ameloblastos
	Nudo de esmalte
	Esmalte
	Membrana basal

Tejidos mesenquimales:

	Mesénquima y papila dental
	Saco dental
	Odontoblastos
	Predentina
	Dentina
	Cemento
	Cementoblastos
	Ligamento periodontal

Fuente: Estudio de la prevalencia de quistes foliculares en dientes supernumerarios, Padró Ferrès Universitat Internacional de Catalunya, Noviembre 2008. Fig. 3 Desarrollo dental en el embrión del ratón. Tiempos referidos al desarrollo del embrión de ratón. ED = días embrión. <sup>(9)</sup>

## 5. DIENTES NO ERUPCIONADOS: RETENIDOS, IMPACTADOS, INCLUIDOS, ECTÓPICOS, HETEROTÓPICOS

Los dientes supernumerarios pueden estar erupcionados o no erupcionados, por lo que es importante conocer de qué forma lo están, ya sean retenidos, impactados, incluidos, ectópicos o heterotópicos, pues la forma quirúrgica de tratarlos muchas veces cambia, tomando en cuenta si están en maxilar o mandíbula.

Nadal <sup>(16)</sup> define la erupción dentaria como el conjunto de modificaciones que aparecen tanto en el diente como en el hueso alveolar hasta que el diente alcanza su nivel oclusal.

Sin embargo, la erupción es solo una parte de los movimientos fisiológicos del diente, así los dientes realizan complejos movimientos dirigidos a mantener su posición en los maxilares en desarrollo y a equilibrar las fuerzas de masticación.

Los movimientos fisiológicos de un diente se describen como:

### ETAPAS:



Fig. 4: Formación del e

**Preeruptiva o periodo inicial:** comprende el periodo inicial de la raíz y se inicia el desplazamiento del diente hacia la superficie, hasta el contacto del borde incisal con la mucosa bucal desde su bóveda ósea.

Fuente: *Avances en periodoncia e Implantología oral. Madrid julio 2001, Delgado Pichel.*  
Fig.4: Epitelio reducido del esmalte <sup>(49)</sup>



epitelio de unión durante

**Prefuncional o periodo de erupción** Incluye el periodo de desarrollo de 2/3 de la raíz hasta la emergencia gingival. Con el rompimiento del epitelio bucal.

Fuente: *Avances en periodoncia e Implantología oral. Madrid julio 2001, Delgado Pichel.*  
Fig.5: Epitelio de unión <sup>(49)</sup>



nte la erupción dentaria.

### Funcional o periodo pos eruptivo:

Esta etapa es posterior a la emergencia gingival, en el cual los dientes buscan su armonía en la oclusión.

Fuente: *Avances en periodoncia e Implantología oral. Madrid julio 2001, Delgado Pichel.*  
Fig. 6: *Epitelio de unión.*<sup>(49)</sup>

Simultáneamente a estos movimientos acontece el reemplazo de la dentición temporal por la dentición permanente.

Existen muchas alteraciones en la erupción dentaria, entre las más frecuentes en la práctica clínica encontramos la no erupción de los dientes como son:

- dientes retenidos
- dientes incluidos
- dientes impactados: ectópica, heterotópica

La terminología varía de acuerdo a cada autor, llegando a las mismas conclusiones, en donde actualmente la terminología más aceptada es de la Universidad de California (1982)<sup>(17)</sup> que los define como:

**\*Diente retenido.** Aquel que llegado el momento normal de erupción se mantiene retenido, al menos 1mm de su nivel oclusal. El diente no ha perforado la mucosa y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria.<sup>(18)</sup>

**\*Diente incluido.** Se trata de un término sinónimo de diente impactado siendo este el más usado y aceptado en odontología.



**\*Diente impactado.** Se trata de un diente que no ha erupcionado en el tiempo generalmente previsto para su aparición. Presenta un saco pericoronario intacto y no se comunica con la cavidad bucal. El obstáculo que impide su erupción puede ser tejido blando, duro (hueso) o estructuras suprayacentes (supernumerarios).

La impactación de una pieza se sospecha clínicamente cuando no se localiza en boca, mientras que ya han erupcionado tanto su pieza antagonista como la misma de la arcada contralateral. <sup>(19)</sup>

Según Donado <sup>(20)</sup>, la impactación puede considerarse:

1. **Ectópica.** Si el diente se encuentra incluido en una posición no correcta pero cerca a su lugar habitual.
2. **Heterotrópica.** Si la inclusión llega a lugares más alejados como la órbita, el seno maxilar, la apófisis coronoides o el cóndilo.

La importancia de un buen diagnóstico radiográfico temprano es el éxito en el tratamiento en este tipo de anomalías, ya que la presencia de piezas incluidas puede determinar una serie de trastornos adquiridos posteriormente.

La odontología preventiva aconseja la exodoncia de los dientes supernumerarios, no erupcionados, antes de que aparezcan sus complicaciones. Su exéresis precoz reduce la morbilidad post-operatoria y evita muchas complicaciones en los dientes adyacentes.



## 6. ETIOLOGÍA

### 6.1. Teorías de la formación de dientes supernumerarios

La etiología de los dientes supernumerarios hasta la fecha no ha sido determinada con exactitud, pero se han propuesto varias teorías para explicar esta anomalía.

1-*La Herencia* <sup>(21)</sup> observada en familias con tendencia a la hiperodoncia y, en virtud de esta tendencia se habla de un gen recesivo asociado al cromosoma X; por eso la mayor prevalencia se presenta en hombres.

2- *Filogenética (atavismo)* <sup>(22)</sup>: la cual ha sido desechada por los embriologistas, propone la hipótesis de la regresión de la dentadura humana a la ancestral, caracterizada por contener un gran número de dientes; los mesiodens pueden ser producto de este proceso y de igual manera explica la causa de la ocurrencia de los supernumerarios distomolares (cuarto molar).

3- *Dicotomía* <sup>(23)</sup>: esta teoría sugiere que el diente supernumerario se forma como resultado de una división de la yema o germen dentario que ha sido comprobada experimentalmente mediante cultivos in vitro de gérmenes dentales divididos.

4- *Hiperactividad* <sup>(24)</sup>: es la más apoyada en la literatura, que sugiere que los dientes supernumerarios se forman como resultado de una hiperactividad local, condicionada e independiente de la lámina dental.

5- *Etiología Unificada* <sup>(25, 26)</sup>: son las manifestaciones encontradas en ciertos síndromes como: Displasia Cleidocraneal, Enfermedad de Crouzon, el Labio y Paladar Hendidos, el Síndrome de Down, el Síndrome de Gardner.



---

6- La hipótesis de King y colaboradores <sup>(27)</sup> según la cual los dientes supernumerarios son parte de la dentición post-permanente.

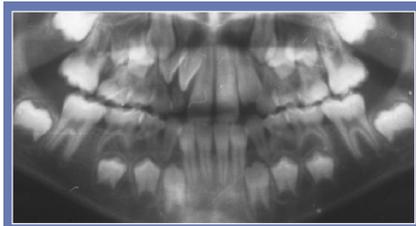
En la actualidad no se ha encontrado una teoría que asegure el porqué de esta anomalía al 100%, aunque la más aceptada hasta el momento es la de la hiperactividad, sin explicar el que porque es mayor la prevalencia de dientes supernumerarios en maxilar que en la mandíbula.

## 7. CLASIFICACIÓN SEGÚN SU:

### 7.1. MORFOLOGÍA

Los dientes supernumerarios a diferencia de los órganos dentarios normales tienen cierta morfología propia, pueden ser suplementarios y rudimentarios <sup>(28)</sup> en la que muchos autores los han clasificado de distinta forma, uno de ellos es “Canut y Moyers que distinguen tres tipos de dientes supernumerarios en la dentición permanente”. <sup>(29, 30)</sup>

#### Diente suplementario (eumórfico):

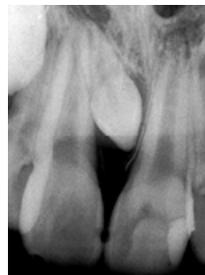


Fuente: Directa .Fig. 7: diente supernumerario y suplemental. Imagen radiológica y de la pieza operatoria

Son como “gemelos” de otro diente junto al cual se sitúan, siempre por distal <sup>(31)</sup>. Es un diente extra de morfología y tamaño normal. Suponen un aumento del material dentario y cuyo efecto en la oclusión es el apiñamiento. Se presentan en dentición permanente como incisivos laterales superiores extras o como **premolares o incisivos inferiores**; y en dentición primaria en los incisivos centrales. <sup>(32, 33, 34)</sup>

#### Diente cónico:

Fuente: Directa .Fig 8: Mesiodens. Diente supernumerario: imagen radiológica y de la pieza operatoria



Diente con corona cónica y raíz más pequeña que un diente normal. Se localiza en la premaxila, cerca de la línea media, entre los incisivos centrales superiores, y se conoce con el nombre de mesiodens. Se originan por el desarrollo de un solo lóbulo en la época de la odontogénesis. El ejemplo más común es el incisivo lateral “en clavija”, el cual tiene el lóbulo medio de desarrollo. <sup>(35, 36)</sup>

### **Diente tuberculado:**



Fuente: Directa. Fig.9: diente supernumerario tuberculado. Imagen radiológica y de la pieza operatoria

Tiene aspecto de barril, posee más de una cúspide o tubérculo y el desarrollo de su raíz es incompleto. Raramente erupcionan y están a menudo asociados con el retraso de la erupción de los incisivos centrales y molares superiores permanentes. Puede ser unilateral o bilateral, su tamaño es reducido y no suelen presentar la morfología normal. <sup>(37)</sup>

Existe una cuarta clasificación dada por Howard <sup>(38)</sup> quien clasifica al odontoma como diente supernumerario, Sin embargo, esta clasificación no ha sido aceptada universalmente por la OMS ya que el término “odontoma” se refiere a cualquier tumor de origen odontogénicos.

En zona mandibular la morfología más predominante es la de los dientes suplementarios en zona de premolares e incisivos inferiores <sup>(39)</sup>, la cual muchas veces causa mucha complicación al momento de la extracción.

## 7.2. SU LOCALIZACIÓN

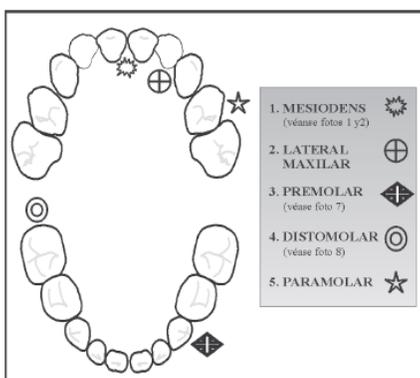
Salcido y col <sup>(40)</sup>. Clasifican a los dientes supernumerarios según su localización en la arcada en:

**Mesiodens:** Es típico supernumerario cónico, localizado entre los incisivos centrales superiores, pueden estar erupcionados o impactados (vertical, horizontal o invertido), pueden en algunas ocasiones erupcionar en el piso nasal. <sup>(41)</sup>

**Peridens o Paramolares:** Que son más pequeños y rudimentarios los cuales pueden desarrollarse vestibular o lingual a los molares, en general se encuentran en posición vestibular entre el segundo y tercer molar. <sup>(42)</sup>

**Para premolar:** Que son premolares duplicados supernumerarios. <sup>(43)</sup>

**Disto molar o cuartos molares:** Se desarrollan detrás o distalmente al tercer molar, en ambos maxilares, en general son dientes rudimentarios y de forma cónica. <sup>(44)</sup>



*Fuente: Dientes supernumerarios: reporte de 170 casos y revisión de la literatura Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia- vol. 13. No.2, 2002, Londoño. Fig.10: Clasificación de los dientes supernumerarios de acuerdo a su posición en los arcos dentales <sup>(7)</sup>*

Radiográficamente podemos observar que las zonas más comunes en las que se pueden encontrar este tipo de anomalías son <sup>(45)</sup>:

1-Incisivos y caninos del maxilar.

2- Incisivos y caninos de la mandíbula.

3-Premolar superior.

4-Premolar inferior.

5-Molar superior.

6-Molar inferior.

MD. mesiodens



Fuente: Directa. Fig. 11: Regiones anatómicas de localización de los dientes supernumerarios: 6 zonas y entre los incisivos superiores –MD- para los mesiodens

### 7.3. POR SU POSICIÓN <sup>(46)</sup>

-Invertido

-Vertical

-Horizontal transversal

-Horizontal sagital

### 7.4. SEGÙN EL NÙMERO

\***Únicos** <sup>(47, 48)</sup>: no asociados a síndromes y sólo hay presencia de uno en cualquiera de las 2 arcadas en un 76% y 78%. <sup>(49)</sup>

\***Dobles** <sup>(50,51)</sup>: se localizan dos en la arcada 12% y 23%. <sup>(52)</sup>

\***Múltiples** <sup>(53,54)</sup>: es la presencia de varios órganos dentarios por lo regular asociados a algunos síndromes como son:



Los principales Síndromes asociados son:

•**Síndrome de Gardner:** <sup>(55)</sup>

Es ocasionado por un desorden autosómico dominante en donde se halla la transformación maligna de pólipos del colon. Se presentan múltiples OD supernumerarios, la mayor parte incluidos, entre ellos: mesiodens, odontomas, osteomas y quistes.

•**Síndrome de Ellis Van Creveld. (Displasia condroectodérmica).**

<sup>(56)</sup>

Es hereditario causado por defectos en uno de sus dos genes (EVC y ECV2) que están cerca uno del otro. Presenta dientes neonatales, supernumerarios pequeños, oligodoncia, retardo en la erupción dental permanente y esmalte hipoplásico.

•**Síndrome de Nance-Horan** <sup>(57)</sup>

Desorden ligado al cromosoma X caracterizado por cataratas congénitas, labio y paladar fisurado (exposiciones químicas, radiaciones, hipoxia maternal, drogas teratogénicas y deficiencias nutritivas) y dientes supernumerarios en el maxilar.

•**Enfermedad de Fabry's** <sup>(58)</sup>

Es un raro desorden metabólico ligado al sexo (cromosoma X) causado por una deficiencia de la enzima lisosomal alfa-galactosidasa A. se han reportados dientes supernumerarios múltiples, impactados y no erupcionados.

•**Displasia cleidocraneal:** <sup>(59)</sup>

Condición autosómico dominante, en donde el brazo de un cromosoma esta corto. Afecta la clavícula (hipoplásicas o ausentes) y los huesos del cráneo



(fontanelas abiertas hasta edad adulta). En la boca produce retraso en la exfoliación de los temporales, y la presencia de múltiples dientes permanentes no erupcionados junto a supernumerarios incluidos.

•**Labio y paladar hendido** <sup>(60)</sup>

Esta anomalía está determinada por genes mutantes únicos o síndromes cromosómicos.

Incluye alteraciones como macrodoncia, dientes supernumerarios, geminación, fusión, hipoplasia del esmalte, retardo en la erupción, afectando la dentición primaria y permanente; el diente más afectado es el lateral superior.

•**Síndrome de Crouzon** <sup>(61)</sup>

Se transmite de forma autosómica dominante. Asocia braquicefalia, órbitas pequeñas con exorbitismo e hipoplasia maxilar.

Se observan dientes supernumerarios, mordida cruzada y compresión del arco cigomático entre otras.

•**Síndrome de Treacher Collins (Disostosis mandíbulofacial)**. <sup>(62)</sup>

Es un autosómico dominante afecta las estructuras del primer y segundo arco branquial. Presentan hipoplasia de la mandíbula, paladar hendido, dientes supernumerarios, cóndilo y la apófisis coronoides suelen ser planos y orejas deformes.

El aspecto de la cara es parecido al "pájaro o pez". <sup>(63)</sup>

Entre otros Síndromes secundarios tenemos:

\*Síndrome de Sturge- Weber.

\*Síndrome de Hallermann- Streiff



---

## 8. DIAGNÓSTICO

### 8.1. Signos y Síntomas

La mayoría son **asintomáticos** y son comúnmente descubiertos en un examen radiográfico de rutina. La cuarta parte de los supernumerarios erupcionan total o parcialmente, el resto están incluidos.

“Según Sian, Hurlen y Humerfelt <sup>(64)</sup>, los supernumerarios pueden ser diagnosticados radiográfica y clínicamente por la presencia de signos que sugieren condiciones patológicas”.

#### Signos <sup>(65)</sup>

- Dientes retenidos o retraso en la erupción
- Erupciones ectópicas
- Malposición dentaria y problemas oclusales
- Diastemas
- Desplazamiento dental
- Problemas estéticos
- Problemas funcionales
- Quistes derivados del folículo del supernumerario
- Caries en los dientes vecinos por el aumento de retención de placa por el supernumerario
- Rizólisis (reabsorción prematura dental) y lesiones periodontales por la compresión sobre las raíces de los dientes adyacentes
- Pérdida de vitalidad dental.

## 8.2. Técnicas radiográficas empleadas

En el diagnóstico radiográfico de los dientes supernumerarios, las técnicas radiográficas de primera elección son:

- Ortopantomografía
- Oclusal
- Periapical o dentoalveolar

Existen otras técnicas las cuales son de segunda elección:

- Donovan
- Parma
- Lateral oblicua
- Tomografía computarizada

### Ortopantomografía



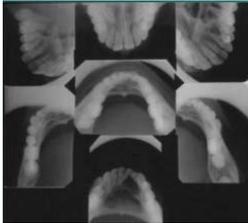
Fuente: <http://www.radiologiaoral.wordpress.com>  
(imagen de Ortopantomografía). Fig.12: Muestra el equipo y posición para la toma de una imagen con la técnica ortopantomográfica. <sup>(50)</sup>

Es un tipo de examen imagenológico, que permite observar todas las estructuras dentarias y maxilofaciales en una imagen plana.

Abarca desde un cóndilo hasta el cóndilo del lado opuesto, desde la zona del tercer molar derecho hasta el tercer molar izquierdo, observándose los senos maxilares, arcos cigomáticos y algunas otras estructuras anatómicas del tercio medio de la cara, es la radiografía de primera elección

en el diagnóstico no solo de dientes supernumerarios, sino de muchas otras lesiones tanto quísticas como tumorales.

## Oclusal



Se coloca el cono del tubo de rayos x sobre la nariz y perpendicular a la placa intraoral, esta radiografía nos permite observar la ubicación y posición en la que se encuentran retenidos dichos OD supernumerarios ya sea en vestibular, palatino o lingual.

Fuente: <http://www.radiologiaoral.wordpress.com> (imagen de Ortopantomografía). Fig.13: Radiografía oclusal de zona mandibular. <sup>(50)</sup>

## Dentoalveolar

Esta técnica sirve para explorar el diente en su totalidad, desde la corona hasta el ápice, el espacio periodontal y el tejido óseo que lo rodea.

Se realiza mediante dos técnicas:



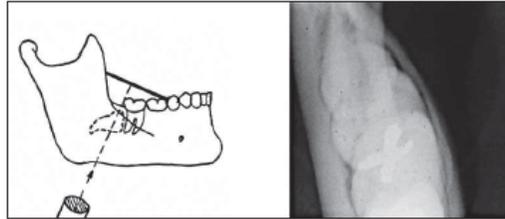
Fuente: *Cirugía Bucal. Patología y Técnica. Masson. Barcelona, 2003.*  
Donado Rodríguez. Fig. 14: Mesiodens que condicionan la impactación de la pieza 6. <sup>(51)</sup>

Técnica de Paralelismo de Cono Largo: El eje del diente y la película son paralelos y el haz de RX es perpendicular a ellos. Se obtiene una imagen equivalente al diente real. Se usan posicionadores de película como snap.

Técnica de la Bisectriz: El haz de RX es perpendicular a la bisectriz del diente y la película. Está indicada en diagnóstico de caries, patología

periapical, patología periodontal, anomalías dentales y traumatismos dentales.

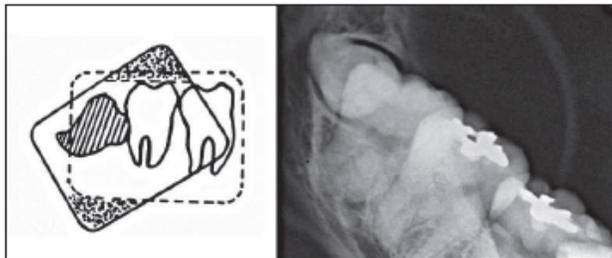
### Donovan:



Fuente: <http://www.scielo.org>. (1994) Rosa e Tavares. Fig. 15: Diagrama esquemático de posicionamiento de la radiografía periapical en la técnica de Donovan, permitiendo observar un cuarto molar en sentido vestibulolingual y mesiodistal. <sup>(52)</sup>

Técnica indicada para la visualización de los dientes ubicados en la región del ángulo mandibular, entre ellos dientes posteriores inferiores retenidos en posición transversal en el proceso donde muchas veces se localizan los supernumerarios. Esta técnica consiste en colocar la radiografía periapical en posición oclusal.

### Parma



Fuente: <http://www.scielo.org>. Rosa e Tavares (1994). Fig. 16: Diagrama esquemático de posicionamiento de la película periapical donde observamos un cuarto molar mandibular en sentido mesiodistal. <sup>(52)</sup>

Es una técnica que nos permite una mejor visión de los terceros molares mesioangulados y en casos de cuartos y quintos molares.

La modificación consiste en la inclinación la película de modo que su eje está inclinado inferior al plano oclusal.

## Lateral oblicua

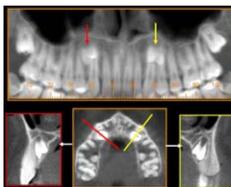


Fuente: <http://www.slideboom.com/> Técnicas radiográficas extraorales. Fig. 17: Posición de la radiografía lateral oblicua (53)

Se usa en pacientes con problemas en la apertura bucal por fracturas, procesos infecciosos, quísticos, tumorales, dientes retenidos etc.

En esta técnica el paciente inclina la cabeza hacia el lado que se va a radiografiar, hasta que una línea imaginaria que va desde el ángulo de la mandíbula del lado opuesto a radiografiar, hasta el cóndilo del mismo lado a radiografiar, quedando paralelo al piso, quedando la mandíbula en protrusión

## Tomografía computarizada



Fuente: *Diagnostic Radiology: A Textbook of Medical Imaging. 5th Ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 2008. Fig. 18: Impactación de supernumerarios (Localización con Tomografía)*<sup>(54)</sup>

Es un procedimiento que se utiliza para crear imágenes más complejas con una visión real de la localización sin la superposición y distorsión anatómica de la cabeza, incluyendo el cráneo, el cerebro, las órbitas, senos paranasales y lesiones como quistes y tumores.



---

## 9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: (66)

- Odontomas
- Tumor Adenomatoide
- Cementoblastoma



---

## 10. MANEJO DE DIENTES SUPERNUMERARIOS

El tratamiento depende del tipo y posición de los supernumerarios y sus efectos sobre la dentición adyacente. El plan de tratamiento debe estar basado en un tratamiento integral, considerando la edad y tipo de maloclusión.

La exploración clínica debe realizarse en cada caso, en la cual se deben contar los dientes por cuadrante, verificar la secuencia de erupción dentaria y si existen signos anormales de erupción.<sup>(67)</sup>



---

## 11. TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, se discute cuál es el mejor momento para la intervención quirúrgica del supernumerario, el cual puede ser de acuerdo a:

### **Extracción del diente supernumerario**

Se indica la extracción cuando:

- Hay retardo de la erupción de los incisivos permanentes u otros dientes.
- Por desplazamiento de los incisivos u otro OD.
- Pacientes de labio y paladar hendido en donde se les va hacer un injerto óseo.
- En presencia de signos de alargamiento del folículo.
- Supernumerarios ya erupcionados.
- El diente supernumerarios se encuentra presente en una zona de hueso alveolar en la que está prevista la colocación de un implante. <sup>(68)</sup>

### **Mantener el diente supernumerario con una evaluación continua antes de removerlo.**

El mantener el supernumerario en monitoreo estará indicado:

- Si hay complicación para ser removido, ya que al momento del tratamiento quirúrgico pudiera lastimarse el ligamento de los dientes contiguos retenidos
- Si existe una condición adecuada en la posición del supernumerario erupcionado, sin afectar la armonía en los arcos dentales. <sup>(69)</sup>



### 11.1. Ventajas y riesgos de la exodoncia temprana contra la tardía del supernumerario <sup>(70)</sup>

Ventajas y riesgos de la exodoncia temprana vs tardía del supernumerario		
Edad de intervención Del supernumerario	Ventajas	Riesgos inconvenientes
Exodoncia temprana (< 9 años)	Prevenir futuros problemas ortodónticos.  Prevenir procedimientos quirúrgicos más complejos	Lesión de las raíces del permanente.  Desvitalización del permanente.
Exodoncia tardía (> 9 años)	Formación radicular completa de los incisivos permanentes. Menor riesgo de la lesión iatrogénica de las raíces de los incisivos permanentes.	Erupción tardía/ pérdida del potencial eruptivo del permanente. Reabsorción radicular del permanente. Sobreretención del incisivo temporal. Desarrollo de maloclusiones locales <sup>(71)</sup> . Necesidad de tratamientos quirúrgicos y ortodónticos. También puede ocasionar lesiones quísticas.



## 11.2. Abordaje quirúrgico

La actitud terapéutica a seguir una vez valoradas las pruebas radiológicas es la exodoncia de los OD supernumerarios.

Las técnicas quirúrgicas no presentan variación con los procedimientos de extracción de dientes retenidos, más que un exigido cuidado de no lesionar los órganos dentarios en formación (fáciles de ser movilizados) adyacentes al o a los dientes supernumerarios.<sup>(72)</sup>

En dientes supernumerarios retenidos, ya sea en zona maxilar o mandibular, los pasos generales para llevar a cabo el abordaje quirúrgico son los siguientes:

- 1- Anestesia infiltrativa
- 2- Incisión
- 3- Desprendimiento cuidadoso del colgajo para mantener su integridad y evitar desgarres en los tejidos.
- 4- Exposición del campo quirúrgico
- 5- Osteotomía y localización de los OD
- 6- Luxación
- 7- Exodoncia de los OD
- 8- Curetaje de la zona
- 9- Reposición del colgajo y hemostasia
- 10- Sutura<sup>(73)</sup>



---

## ***Abordaje mandibular*** <sup>(74)</sup>

Los dientes supernumerarios retenidos a nivel del borde inferior mandibular deben ser extraídos cuidadosamente ya que significa una intervención de cierta importancia, siendo su vía de acceso la región submandibular.

### **Vestibular:**

La intervención se hace a través de una incisión cóncava hacia abajo, situada ligeramente por encima del fondo vestibular, a la altura aproximada de la mitad de las raíces de los dientes de la región. La incisión comienza por detrás del primer molar o segundo premolar, hasta terminar por delante a nivel del incisivo central. El colgajo se desprende hasta descubrir el agujero mentoniano visualizándose el paquete vasculonervioso correspondiente. La osteotomía se comienza a nivel del sitio donde se sospeche esté colocada la corona del diente supernumerario retenido, extendiéndola hasta descubrir todo el cuello y si es posible parte de la raíz, teniendo especial cuidado de no lesionar las raíces de los dientes vecinos ni el nervio o el canal mandibular, lo cual no es siempre fácil. Descubierta el diente retenido se toma éste con un fórceps de bocado fino o de no ser esto posible, se procede a luxarlo con elevadores. Al usar los elevadores hay que tener el cuidado de no apoyarse en regiones cercanas a las raíces de los dientes vecinos. Posteriormente se sutura.

### **Lingual**

La incisión intrasurcal, debajo del reborde gingival, extendiéndola desde el primer molar hasta el incisivo lateral. El colgajo se levanta, para ofrecer una visibilidad ósea buena. La osteotomía debe ser realizada bajo buena protección de las partes blandas del piso bucal, lo que se efectúa por medio de una legra cuya punta se apoya en la tabla ósea interna del proceso



alveolar, por debajo del sitio donde se va a efectuar la osteotomía. Como en todos los casos de retenciones dentarias, la osteotomía, se hace mediante fresas quirúrgicas de baja, debe liberar completamente la corona y parte de la raíz, en caso que haya finalizado su formación. Si el diente tiene una posición vertical sin curvaturas y la corona hace prominencia hacia lingual, su luxación mediante elevadores no es difícil. En caso de curvaturas o si la raíz esta en el vestíbulo o entre las raíces de los dientes vecinos, hay que seccionar el diente retenido y extraerlo por lingual y vestibular, simultáneamente. El cuidado para no lesionar las raíces vecinas debe ser extremo.

Terminada la intervención se sutura el colgajo.



---

## 12. RECOMENDACIONES POSOPERATORIAS. (75)

- Mantenga la gasa mordida durante 30 minutos después de la cirugía, en caso de sangrado, colóquese nuevamente la gasa, con lo cual debe ser suficiente, en caso contrario llame al especialista.
- Continué con la medicación indicada, en caso de dolor severo consultar a su especialista para nuevas indicaciones.
- Ingiera alimentos líquidos, las primeras 24 horas, evite lácteos y cítricos. Alimentos blandos a partir de las 48 horas, según tolerancia.
- No realice ningún tipo de enjuague bucal las primeras 24 horas, luego de pasado este tiempo realícelo con agua tibia y antiséptico. Su higiene debe ser óptima, pero realizada de forma suave.
- La inflamación es normal las primeras 72 horas, coloque compresas frías por fuera de la cara , las 24 horas seguidas a la cirugía, en intervalos de 15 minutos y pasadas las 24 horas cambiar por compresas de agua tibia, puede añadir manzanilla, sal o algún antiinflamatorio natural de su preferencia.



### 13. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN MANDÍBULA

Art	DIENTES SUPERNUMERARIOS					
76	Canut	OD.permanentes	OD. Temporales		+hombres - mujeres, proporción de 2:1 a 10:1.	
		0,1% y 3,6%	0,2% a 1,9%			
		Maxilar- zona anterior	Maxilar- incisivos y caninos			
	Mandíbula- zona de premolares					
Billberg y Lind	Varones presentan mesiodens más largos que las mujeres.					
77	Hattab, González y Liu	Afecta	+ Maxilar	Zona anterior	90% mesiodens 10% paramolar	
			-Mandíbula			
78	Lozada, Figueroa y Olivares	OD. permanente		+ hombres - mujeres	En ambos sexos fue el mesiodens	
		Maxilar	Mandíbula			
		75%	25%			
79	Barbería	OD.permanentes	OD. Temporal	Maxilar	Mandíbula	+hombres
		0.5% y 4%	0.5%	90%-98%	2%-10%	-mujeres



				mesiodens	Premolares			
<b>Rajab y Hamdan</b>	Maxilar	1-4 OD		Mandíbula	5 OD o mas			
		Incisivos y molares			premolares			
<b>Pinkjam</b>	Asociado a síndromes		Disostosis cleidocraneal		Dientes múltiples			
		Síndrome de Gardner						
<b>80</b>	Fernández	Mesiodens, laterales, premolares		Maxilar	74.5%			
	Montenegro	Cuartos molares o distomolares		Mandíbula	25.5 %			
<b>81</b>	Scheiner	Maxilar	Mandíbula	Único	Doble	Múltiple	+hombres	
		90%-98%	2%-10%	76-86%	23%	1%	-mujeres	
<b>82</b>	Koch	Maxilar			Frecuencia	Relación		
		Dientes únicos		+mesiodens - caninos	+hombres -mujeres	2-1		
<b>83</b>	McKibben Brook	OD. permanente		OD. Temporal	Frecuencia			
		0,15 y el 3,5%		0,2 y el 1,9%	Maxilar	Mandíbula		
					+Mesiodens -distomolares	+ Premolares -laterales		



84	Rotberg		Maxilar			Mandíbula							
			Mesiodens 0.15-1.90%, incisivo lateral			Cuartos molares							
			Paladar 79.1%			Incisivos laterales							
84	Yusof	OD. Permanentes		niños	Maxilar		Mandíbula						
		Asociados a síndromes			<b>fisura labial o palatina 22.2%.</b>		<b>Displasia cleidocraneal 5% en la región molar.</b>						
			<b>displasia cleidocraneal 22% incisivos sup</b>										
85	Granhen	Maxilar		Mandíbula		Otra zona de los maxilares		Frecuencia					
		90%		8%		2%		6:1					
		Región premaxilar		Región premolar		Región canina							
86	Gay Escoda y		Mesiodens		premolares		Distomolares		paramolares		I. lateral	canino	
	Marcushamer												
		Frecuencia en maxilar y mandíbula		47-67%		8-9%		26%		15%		2.05%	0.40%
87	Unam	Localización		No. de casos		No. de OD		Frecuencia					
								sexo		OD. Mas común			
		Anterior		45		53		+ hombres		Mesiodens			



		Premolar	20	38	- mujeres		Laterales
		Molar	10	12			Premolares
		Mandíbula	28	43			Molares
		Maxilar	55	60			Caninos
88	Michel Bennet	Maxilar					Mandíbula
		I. laterales	I. centrales	Premolares	únicos	múltiples	Premolares
		50%	11%	3%	86%	1	
89	Salcido	Maxilar	Mandíbula	proporción	5:1- 10:1	- Mujeres	+ hombres
		+mesiodens	-mesiodens				
90	Aytés Berini	Maxilar	Mandíbula	frecuencia		Relación	
		80-90%	20-10%	+Hombres	-mujeres	2:1	
91	Beckman B y Olsen						
92	Hidekazu	Maxilar	Mandíbula	OD. Permanente		OD.temporal	
		90%	10%	1.5- 3.5%		0.2-0.8%	
		Incisivo central	Caninos y premolar				



93	Lee	Mayor frecuencia	hombres		Menor frecuencia	Mujeres		Porcentaje de 1.1%
			Molares superiores			Mandíbula		
94	Gandía Franco	OD. Temporal	OD. permanente		frecuencia	Unicos	Múltiples	
					+ hombres	Maxilar	Mandíbula zona de premolares	
		0.2- 1.9%	0.1- 3.6%	- mujeres				



---

## 14. CASO CLÍNICO

### 14.1. HISTORIA CLINICA

**Nombre:** Miguel Ángel Flores Ramírez

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 12 años

#### **SDP**

**Motivo de consulta:** El paciente acude a la F.O UNAM por motivo ortodòntico, en donde es remitido a radiología para la toma de una radiografía ortopantomogràfica, oclusal y dentoalveolares inferiores en la zona de premolares y canino inferiores, para ofrecer un diagnóstico más certero observando la posición y erupción de los OD, permanentes.

Nuevamente acude a admisión en donde la radiografía muestra la presencia de OD supernumerarios, por tal motivo es remitido a la clínica de cirugía bucal para su tratamiento.

### 14.2. EXPLORACIÓN CLÍNICA Y BUCAL

1- *Presencia de dolor a la palpación por lingual a nivel de piso de boca en la región de caninos y primer premolar.*

2- *Presenta asimetría facial*

3- *Presencia de dentición permanente*

4- *Caries en algunos OD, gingivitis, lengua saburral*

5- *Maloclusión.*

---

### 14.3. DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Presencia de 2 OD supernumerarios retenidos en la cara lingual, uno del lado derecho y otro del lado izquierdo.



*Fuente: Directa .Fig. 19: Ortopantomografía donde se muestran los OD. Supernumerarios*

### 14.4. TRATAMIENTO

Quirúrgico “extracción de los OD supernumerarios”

### 14.5 INSTRUMENTAL UTILIZADO

- Hoja del no. 15
- Mango de bisturí
- Jeringa para anestesia
- Aguja corta
- Legra de Molt
- Retractores
- Elevadores rectos
- Cucharilla de Lucas
- Pinzas de Adson
- Pinzas de curación



*Fuente: Directa. Fig.20: Instrumental utilizado*

-Pinzas para sutura

-Tijeras para sutura

-Jeringa para irrigar

## 14.6. TIPO DE ANESTÉSICO UTILIZADO

Lidocaína con epinefrina al 2%



Fuente: Directa. Fig. 21: presentación del anestésico local utilizado "lidocaína con epinefrina"

Cantidad de cartuchos	Técnicas anestésicas
1	<i>Para ambas regiones mentonianas</i>
1	<i>Para ambas regiones bucales</i>
2	<i>Para puntos locales</i>

Se esperó 10 minutos a que el anestésico hiciera su efecto en toda la arcada mandibular, posteriormente se abordó primero el lado derecho y después el izquierdo.

## 14.7. ABORDAJE QUIRÚRGICO REGIÓN DERECHA LINGUAL

Con una hoja de bisturí del no. 15, se realizó una incisión intrasural de la cara mesial del OD 41 a la cara distal del OD 46 por lingual, se levantó el colgajo, para dejar libre al hueso y poder realizar una ventana a nivel del tercio medio de la raíz del 44 donde con una fresa 702 L se realizó



osteotomía localizando el OD incluido, posteriormente con una legra de Molt se extrajo sin ningún problema. Se cureteó con la cucharilla de Lucas la zona

Fuente: Directa. Fig.22: Incisión intrasural



Fuente: Directa.Fig.23: Exposición del OD supernumerario

Fuente: Directa. Fig.24: Curetaje de la zona



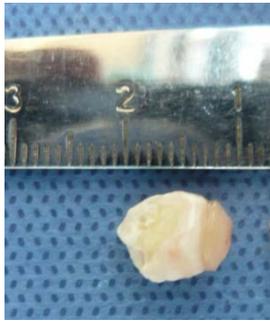
Finalmente se colocó un agente hemostático (gelfom) dentro de la cavidad para posteriormente suturar utilizando la técnica de puntos aislados.

### **Características del OD, supernumerario derecho**

*\*Tamaño: 11 mm (cúspide vestibular a raíz)*

*\*Morfología: suplementario*

*\*Posición: vertical*



Fuente: Directa. Fig. 25: OD supernumerario del lado derecho

## 14.8. ABORDADJE QUIRÚRGICO REGIÓN IZQUIERDA LINGUAL

Una vez anestesiado el paciente, con una hoja de bisturí del no. 15, se realizó una incisión intrasural de la cara mesial del OD 31 a la cara distal del



OD 36 por lingual, se levantó el colgajo para descubrir el hueso y realizar una ventana a nivel del tercio medio del 34, donde con una fresa para baja 702 L, se realizó osteotomía localizando el OD incluido.

Fuente: Directa. Fig. 26: Exposición del OD.



Fuente: Directa. Fig.27: Extracción del OD supernumerario



Fuente: Directa. Fig. 28: Extracción del OD, curetaje de la zona expuesta

Posteriormente se extrajo de la misma forma que el del lado derecho y se colocó gelfom como agente hemostático, finalmente se suturó utilizando sutura 3 ceros y técnica de puntos aislados.



Fuente: Directa.Fig.29: Sutura y puntos aislados

### Características del OD, supernumerario

\*Tamaño: 7mm (cúspide vestibular- raíz)

\*Morfología: suplementario

\*Posición: vertical



Fuente: Directa. Fig.30: OD supernumerario del lado izquierdo



---

## 14.9. ANTIBIOTICOTERAPIA

- Amoxicilina (*amoxil*) comprimidos de 500 mg tomar 1 c/8hrs durante 7 días.
- Ibuprofeno (*actrón*) tabletas de 400 mg tomar 1 c/6 hrs durante 3 días o más en caso de posible dolor.

## 14.10. RECOMENDACIONES POSOPERATORIAS

- Mantenga la gasa mordida durante 30 minutos después de la cirugía, en caso de sangrado, colóquese nuevamente la gasa.
- llevar acabo la antibioticoterapia indicada.
- Ingiera alimentos líquidos, las primeras 24 horas, evite lácteos y cítricos. Alimentos blandos a partir de las 48 horas, según tolerancia.
- No realice ningún tipo de enjuague bucal las primeras 24 horas, luego de pasado este tiempo realice con agua tibia y algún antiséptico suave. Su higiene debe ser óptima, pero realizada de forma suave.
- La inflamación es normal las primeras 72 horas, coloque compresas frías por fuera de la cara , las 24 horas seguidas a la cirugía, en intervalos de 15 minutos y pasadas las 24 horas cambiar por compresas de agua tibia, posteriormente dar enjuagues con manzanilla.

## 14.11. RESULTADOS DEL POSOPERATORIO



A los 8 días de realizada la cirugía se retiraron los puntos de sutura, observándose la cicatrización del paciente sin ninguna molestia.



*Fuente: Directa.Fig.31: Retiro de suturas.  
Fotografía final del posoperatorio*



---

## 15. CONCLUSIONES

Actualmente podemos decir que esta anomalía tiene su origen mas aceptado en la teoría de la hiperactividad de la lámina dental,

La frecuencia de los dientes supernumerarios en la mandíbula en región de premolares, a pesar de ser menor que en el maxilar predominando el mesiodens, no pasa desapercibida para dar a ambos la misma importancia, pues un buen diagnóstico temprano tanto clínico como radiográfico a la exploración ayudará a la prevención de lesiones mayores, que pueden comenzar como una simple extracción, y terminar en un acto quirúrgico complicado involucrando estructuras adyacentes a la zona de origen dental.

Se han realizado en muchas partes del mundo infinidad de estudios, todos diferentes, pero la gran mayoría en un 99% con los mismos resultados donde encuentran que la anomalía de los órganos dentarios supernumerarios es más frecuente en el sexo masculino, en comparación con las mujeres.

La importancia de conocer todo acerca de esta anomalía la hace ser disciplinaria, ya que la mayoría de los dientes en la mandíbula están incluidos, por lo que la intervención de un ortodoncista para devolver la armonía oclusal y erupción de dichos órganos permanentes, dependerá no solo de una rama de la odontología sino de algunas otras para lograr una estabilidad oclusal en cavidad oral.



## 16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Bruce M. Carlson. *Embriología Humana y Biología del Desarrollo*. 3ra ed. Elsevier España 2005

2-Gorlin Rj. Goldman HM. *Patología Oral de Thomas*. Edit. Salvat.

3- White Pharoah. *Principios e Interpretación Radiología Oral* 4ta ed. Hourcourt Editorial, 2006

4- Prieto José L. Carrera *Hallazgos paleontológicos en la mandíbula SDR- 7- 8- Sidròn*, Museo d Alta Mira. 2005 Santander

5,6- Prieto José L. Carrera, Abenza J.M, *Anomalías de la dentición de la mandíbula SDR-7-8-Sidròn*, Laboratorio de Antropología Forense. Facultad de Medicina- Pabellón N 17. Ciudad Universitaria Madrid

7, 49, 52, 77- Dr. Eduardo Chappuzeau López Eduardo, Cortés Caballero Daniel, *Anomalías de la Dentición en Desarrollo: Agenesias y Supernumerarios*, Revista Dental de Chile 2008.

8, 28, 36, 37, 40,44, 82 - Dra. Violeta Bolaños López. *Dientes supernumerarios: Reporte de casos y revisión de literatura*. Publicación Científica Facultad de Odontología • UCR • N°10 2008

9,81- Pablo Emilio Correa, Ortiz Gustavo. *Cuatro dientes supernumerarios múltiples. Reporte de caso*, Revista CES Odontología Vol. 15- No. 2002

10, 18, 19 - Raspall G. *Cirugía Oral y Maxilofacial*, 2da edición, Ed. Panamericana. España 2006

11- E. Barbería Leache *Facultad de Odontología*. Universidad Complutense. Madrid, 2011.

12- 10, 87- Salcido-García JF, Ledesma-Montes C, Hernández-Flores F, Pérez D, Garcés-Ortiz M. *Frecuencia de dientes supernumerarios en una población Mexicana*. Med Oral Patol Oral Cir. Bucal 2004

13- García Roco Pérez Oscar, *Imágenes de odontología y estomatología*, Portales Médico, 2010



14, 67, 69, 88- López García Salvador, Villanueva Arriaga Rosina Eugenia, *Manejo clínico de dientes supernumerarios en la práctica odontológica: Revisión de la literatura y reporte de un caso*, Revista ADM, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Vol. LXV, No. 2 Marzo-Abril 2009

15, 89- Baca R, López C, Alobera M.A., Leco M<sup>a</sup> I. *Mesiodens Mandibular*. Cient Dent, Madrid, 2007

16, 90- Díaz Ortiz ML, Vicente Rodríguez M. *Mesiodens: presentación de tres casos*. Rev Pediatr Aten Primaria. Barcelona, España, 2010.

17, 64, 65, 66, 91- Contreras M, Salinas A, Sáez S, Bellet L. *Dientes supernumerarios: presentación de dos casos clínicos*. Revista Oper Dent Endod, Barcelona, España 2007.

20, 93- Alcántara Mena Cristian, *Prevalencia y distribución de agenesias dentarias y dientes supernumerarios en pacientes de 7 a 18 años de edad atendidos en el Centro Médico Naval, Lima, Perú 2005*.

21, 25, 27, 33, 42, 43- Ballesteros Blanco Guillermo *dientes multiples supernumerarios no relacionados a un síndrome: reporte de un caso*, revista estomatología, Volumen 13 N° 1 2005

22, 26, 46, 85- Londoño Radi José N. *Dientes supernumerarios: reporte de 170 casos y revisión de la literatura* Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia- vol. 13. No.2, 2002.

23- Aliaga-Del Castillo R, Perea-Paz M, De La Cruz-Sedano GS, Aliaga-Del Castillo A. *Tratamiento en sala de operaciones de dientes supernumerarios, inclusiones dentarias y quiste dentigero asociado*. Rev Estomatol Herediana. Perú, 2010.

24, 38, 57, 58, 62, 84- Montiel Hugo Adalberto *Dientes supernumerarios: Revisión de la literatura* Departamento Odontología Quirúrgica , RAAO, Vol. XLVIII, Núm. 1 - Enero - Agosto 2009.

29- Di Santi Juana, Betancourt, Omar, *Clasificación de los dientes supernumerarios*, Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, 2008.

30, 32, 35, 39, 76- Di Santi Juana<sup>1</sup>; Betancourt, Omar, *Tratamiento ortodóntico-quirúrgico de los dientes supernumerarios: Presentación de un caso clínico*. Acta odontol. venez v.46 n.1 Caracas mar. 2008.



31, 34, 47, 50, 53, 68, 83- Osorio M, Milla B, Jiménez S, Diaz de Aauri M. *Dientes supernumerarios: Consideraciones diagnósticas y terapéuticas*. Cient Dent 2006.

41- Rodríguez Romero FJ, Cerviño Ferradanes S. *Múltiples dientes supernumerarios distomolares*. Av. Odontoestomatol 2009.

45- Scheiner A. Mark, Sampson J. Wayne, *Supernumerary Teeth: A review of the literature and four case reports*, Australian Dental Journal 1997.

48, 51,54- Garvey, Barry, Blake, *Los dientes supernumerarios-Un panorama de la clasificación, diagnóstico y manejo*, J Dent Assoc 1999.

55,59- Eversole LR. *Clinical outline of oral pathology. Diagnosis and treatment*. 3rd. ed., Lea & Febiger, Philadelphia, 1992: 342-348.

56, 63- Moret, Yuli." *enfermedades genéticas que afectan la cavidad bucal*". Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, acta odontológica venezolana volumen 42 .2004

60- 46- Regezi Joseph A., Sciubba James J., *Patología Bucal, Correlaciones clinicopatológicas*. McGraw-Hill Interamericana, Tercera edición en español, México 2005,

61- Geneva Foundation Maxilo EU. For *Medical Education* and Research: Crouzon Syndrome

70- Alfaro Aleyda, Pérez Betty, Coelho, Ana, *Unerrupted supernumerary anterior teeth: a review of 125 cases*, RCOE v.8 n.3 Madrid mayo-jun. 2003.

71- García Lemus Yessica Itzel, *oclusión dental*, Noviembre 2009.

72- Lòpez Jorgi Maria del Carmen, Gònzalez Camaño Graciela, *Nueva alternativa metodológica digital en la enseñanza de la odontopediatría* Facultad de Odontología UDELAR, 2008.

73- Magallanes Abad Natale, *Exodoncia de dos mesiodens que impiden la erupción de los dos incisivos centrales superiores*, Master de Cirugía Bucal, Revista Secib On Line Universidad de Sevilla 2006.

74- Olaf Sandner Montilla *Tratado de cirugía oral y maxilofacial* Editorial Amolca ed. 1, Venezuela 2007.



75- [http://www.cicomf centro integral de cirugia oral y maxilofacial](http://www.cicomf.centrointegraldecirugiaoralymaxilofacial.merida.ve) Mérida, Venezuela 2008.

78- Méndez A. Dilia C, Contreras R. Chiara C. *Anomalías de número en pacientes con dentición mixta*, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, Caracas – Venezuela, 2009.

79- Iglesias Paulina, Manzanares Maria C. Valdivia Ivàn, *Dental anomalies; prevalence study in relationship with systemic pathology in a population of children* Mérida –Venezuela, 2008.

80- Odontólogo, U.G.C. Distrito de Atención Primaria "Cádiz-La Janda", *Multiple distomolars supernumerary teeth* Centro de Salud "La Paz". Cádiz. Av Odontostomatol v.25 n.6 Madrid nov.-dic. 2009.

86- Fernández-Montenegro P, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. *Retrospective study of 145 supernumerary teeth*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006.

92- Torres Lagare, Gutiérrez Pérez José Luis, *Premolares supernumerarios. A propósito de un caso clínico*, Máster de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla, 2009.

94- Tarjuelo, I.; Rico, M.; García-Camba, P.; Díaz, A.; Thams, V.; Varela, M. *Formación tardía de un premolar mandibular supernumerario en un paciente ortodóncico: caso clínico y revisión de la literatura*. Cient Dent 2009;6;1:39-46.

### **Bibliografía de imágenes**

Fig-1- (1)-Prieto José L. Carrera, Abenza J.M, *Anomalías de la dentición de la mandíbula* SDR-7-8-Sidròn, Laboratorio de Antropología Forense. Facultad de Medicina- Pabellón N 17. Ciudad Universitaria Madrid

Fig- 2,3 -(9)- Padró Ferrès Eduardo, *Estudio de la prevalencia de quistes foliculares en dientes supernumerarios*, Universitat Internacional de Catalunya, Noviembre 2008

Fig- 4, 5,6 (49) - Delgado Pichel, A. *Avances en periodoncia e Implantología oral* v. 13.n.2. Madrid julio 2001

FIG- 7, 8,9 - Fuente directa



FIG- 10 (7)- Londoño Radi José N. *Dientes supernumerarios: reporte de 170 casos y revisión de la literatura* Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia- vol. 13. No.2, 2002

FIG- 11(FD)-Fuente directa.

FIG-12, 13 (50)- <http://www.radiologiaoral.wordpress.com> (imagen de ortopantomografía)

FIG-14- (51)- Donado Rodríguez, M. *Cirugía Bucal. Patología y Técnica*. Masson. Barcelona, 2003.

FIG-15,16- (52) <http://www.scielo.org>. Rosa e Tavares (1994)

FIG- 17-(53) <http://www.slideboom.com/> *Técnicas radiográficas extraorales*

FIG- 18- (54) - *Diagnostic Radiology: A Textbook of Medical Imaging*. 5th Ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 2008

FIG- 19- (FD)-Fuente directa

FIG-20- (FD)-Fuente directa

FIG- 21- (FD)-Fuente directa

FIG-22- (FD)-Fuente directa

FIG-23-(FD)-Fuente directa

FIG-24-(FD)- Fuente directa

FIG-25-(FD)- Fuente directa

FIG-26-(FD)- Fuente directa

FIG-27-(FD)- Fuente directa

FIG-28-(FD)- Fuente directa

FIG-29-(FD)- Fuente directa

FIG-30-(FD)- Fuente directa

FIG-31-(FD)- Fuente directa