



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN.**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO DE UN DIENTE SUPERNUMERARIO
FUSIONADO. REPORTE DE CASO.**

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA

P R E S E N T A:

ANDREA VARGAS GONZÁLEZ

TUTOR: Mtro. JESÚS ADOLFO YAMAMOTO NAGANO

ASESOR: Esp. Patricia Marcela López Morales

MÉXICO, Cd. Mx.

MARZO 2021



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.

Manejo de un diente supernumerario fusionado. Reporte de caso.

Andrea Vargas González *, **Jesús Adolfo Yamamoto Nagano §**,
Patricia López Morales **.

Resumen.

La fusión dental se define como la unión de dos dientes adyacentes por medio de una confluencia de dentina. Un diente supernumerario es una entidad adicional a la fórmula normal, teniendo predilección por el maxilar con frecuencia de 10 a 1. La incidencia de la fusión de un diente supernumerario con un diente permanente es del 0.1%.

El objetivo es presentar el manejo de un diente supernumerario fusionado con un incisivo lateral permanente.

Se presenta a la clínica de Odontopediatría de la DEPeI FO UNAM paciente masculino de 12 años de edad, originario de la Ciudad de México, con motivo de consulta presencia de maloclusión.

Se diagnosticó diente supernumerario fusionado con incisivo lateral permanente superior, ambos erupcionados, las radiografías dentoalveolares y el Cone Beam (CBCT), mostraron la fusión del tercio cervical coronal, sin involucrar el complejo pulpar.

El manejo del caso consistió en la hemisección del tercio cervical, extracción del diente supernumerario, colocando un cemento de ionómero de vidrio en el incisivo lateral para evitar sintomatología pulpar, restaurando

con una corona de celuloide y resina. Se refirió al paciente a la clínica de Ortodoncia de la DEPeI FO UNAM para la corrección de la maloclusión. Actualmente el paciente cuenta con un seguimiento a 9 meses observando la formación ósea en el sitio de extracción y una completa cicatrización.

*Alumno de la especialidad de Odontopediatría, DEPeI FO UNAM.

§ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría, DEPeI FO UNAM.

** Profesora de la Especialidad en Odontopediatría, DEPeI FO UNAM.

Es necesario contar con auxiliares diagnósticos pertinentes para el manejo adecuado de cada caso, con los conocimientos sobre las alternativas de tratamiento para obtener el mejor resultado.

Palabras clave: Supernumerario, Fusión, Hemisección, CBCT.

Abstract.

A fusion is the union of two adjacent teeth by dentin. A supernumerary tooth is an additional entity to the normal dental series, with a higher tendency on the maxilla 10 to 1. The incidence of fusion of a supernumerary tooth with a permanent one is around 0.1%.

The objective is to present the case of a fused supernumerary tooth with a permanent upper lateral incisor.

A 12 year old male, from México city, was referred to the pediatric dentistry clinic at the DEPEI UNAM, referring malocclusion as reason for consultation.

The diagnosis was fused supernumerary tooth with an upper permanent lateral incisor, both erupted, periapical x-rays and the use of CONE BEAM showed fusion on the cervical third of the teeth, with no involvement of the Pulp.

The approach consisted on the hemisection by the cervical portion, extraction of the supernumerary tooth, treating the lateral incisor with a glass ionomer cement to avoid any Pulp reaction, then restored with a Strip Crown with composite. The patient was referred to the Orthodontic clinic of the University for the correction of the malocclusion. At present the patient has had a nine months follow up in which it can be observed the bone formation and a complete recovery.

It is necessary to have the applicable auxiliary diagnostics to properly treat each case, knowledge of diverse alternative treatment to have better results is imperative.

Key words: Supernumerary, Fusion, Hemisection, CBCT.

Introducción.

Las anomalías del desarrollo surgen en la etapa de morfodiferenciación durante la odontogénesis y pueden afectar tamaño, forma y estructura. (1) En el proceso de la fusión se encuentran involucradas las capas germinales epitelial y mesenquimal y el grado de la fusión dependerá del estado de desarrollo del diente, tomando como criterio principal la formación y mineralización de la dentina. (2)

Se puede definir a la fusión como la unión de dos o más gérmenes dentarios contiguos normalmente separados, resultando en la formación de un diente unido por una confluencia de dentina y esmalte durante el desarrollo, antes de llevarse a cabo la mineralización de la corona y puede ocurrir tanto en la dentición temporal como en la permanente. (1, 2, 3, 4, 5)

La fusión puede ser completa e incompleta y su magnitud varía según la etapa del desarrollo que el diente haya alcanzado en el momento de la fusión. Si la fusión se inicia antes del momento de la calcificación, entonces la unión implicará todos los

componentes del diente, incluyendo el esmalte, dentina, cemento y pulpa. La unión incompleta ocurre cuando el contacto se dio después de la calcificación de la corona del diente y el número de conductos radiculares también corresponde a la etapa de esta unión. (1, 5)

Si la unión inicia en una etapa más tardía del desarrollo del diente, entonces los dientes afectados pueden presentar coronas separadas y la fusión puede estar limitada a las raíces, las cuales en conjunto con los conductos radiculares pueden encontrarse fusionados o con mayor frecuencia suelen presentarse completamente separados, lo cual dependerá como se ha mencionado, de la etapa de formación en la que la unión tuvo lugar y generalmente presenta dos cámaras pulpares pero en ocasiones se presenta como una gran corona con una sola cámara pulpar. (1, 4, 8)

La fusión puede afectar el número de dientes presentes en el arco de acuerdo a la manera en que se presente, al darse entre los dientes de la fórmula normal está se verá

reducida en número, o bien puede presentarse entre un diente de la fórmula normal y un diente supernumerario y no verse afectado el número de dientes presentes. (9, 6)

Clínicamente la fusión se observa como dos coronas unidas o como una corona de un tamaño mayor al normal, dicha unión puede encontrarse en todo el eje de la corona del diente.(8)

La incidencia de las fusiones es de 0.1% en la dentición permanente y de 0.5% en la dentición temporal, con predilección por la región anterior del maxilar superior, refiriéndonos a incisivos y caninos, siendo los incisivos laterales los dientes más afectados, es poco frecuente que ocurra de manera bilateral y no tiene predilección por sexo. (1,3, 5, 6)

La etiología de la fusión dental es de carácter idiopático, se han reportado posibles causas como la existencia de una predisposición genética, diferencias de tipo racial, causas inflamatorias, presión o aplicación de fuerzas entre los dos gérmenes dentales para unirse o bien a un trauma dental durante el desarrollo de los gérmenes dentales.(4, 8, 6, 7)

Dentro del diagnóstico diferencial de una fusión podemos mencionar la presencia de una concrecencia, la cual se describe como una forma de fusión, en la que dos dientes adyacentes desarrollados se unen por medio del cemento, esta puede surgir incluso después de erupcionados los dientes. Así mismo, podemos hablar de la geminación, que consiste en una perturbación durante la odontogénesis, en la que surge una hendidura parcial en el germen del diente, resultando clínicamente en un diente con una doble corona, que normalmente no se encuentra completamente separada y posee una sola raíz y un solo complejo pulpar radicular, se puede observar entonces como una hendidura en la porción coronal que asemeja la apariencia de dos coronas y que comparte la misma raíz, pudiendo decir que esta anomalía ocurre cuando un germen dental intenta dividirse. Es más común en la dentición temporal, afectando al maxilar inferior con una incidencia del 0.5%. pueden ir acompañadas por aplasia del sucesor permanente o bien de un retraso en su erupción. Estas anomalías son frecuentes en el

síndrome de Down, embriopatía por talidomida y en niños con paladar hendido. El diagnóstico diferencial de la geminación y la fusión puede basarse en el número de dientes presentes en el arco dental, la geminación muestra un número normal de dientes mientras que en la fusión se observa un número menor a menos de que la fusión ocurra con un diente supernumerario.(1, 5,9)

Se describe a un diente supernumerario como una entidad adicional a la serie dental normal, proveniente de un germen dental, tratándose del aumento en el número de dientes en un individuo, resultado de una anomalía en los patrones durante la morfogénesis dentro del desarrollo dental y puede encontrarse tanto en el maxilar como en la mandíbula, teniendo predilección por aparecer en el maxilar con una frecuencia de 10 a 1, con un rango mayor de aparición en el maxilar anterior. Estos pueden poseer características morfológicas similares a las de un diente de la fórmula normal, llamándose suplementarios, o bien pueden presentar una anatomía diferente y ser de menor tamaño

clasificándose así, como rudimentarios. Este tipo de anomalías del desarrollo son encontradas comúnmente en la práctica clínica de odontopediatría y cirugía maxilofacial. (4, 10, 11, 12)

Los dientes supernumerarios tienden a aparecer principalmente en la dentición permanente y su prevalencia va del 0.1% al 3.8% en esta y tiene un rango de aparición del 0.3% al 0.8% en la dentición temporal. El 76 a 86% de los casos presentan un solo diente supernumerario, un 12% de los casos presentan dos dientes supernumerarios, el 23% presentan 3 y en el 1% pueden observarse más de 3. El 95% de los supernumerarios se presentan en el maxilar con una fuerte predilección por la región anterior. Pueden presentarse de manera bilateral, pero tienden a ser unilaterales. Siendo los hombres mayormente afectados que las mujeres. Tienden a ser comunes en la población de origen hispánico con gran prevalencia en México. El mesiodens es el diente supernumerario que se presenta con mayor frecuencia. Pueden aparecer de manera individual o múltiple los

cuales suelen asociarse a síndromes, unilateral o bilateral, morfológicamente se presentan con una anatomía normal en tamaño y forma o pueden poseer una malformación y suelen encontrarse erupcionados o impactados. Los dientes supernumerarios suelen ser asintomáticos, sin embargo, pueden generar problemas funcionales y de estética, debido a que pueden generar apiñamiento de los dientes adyacentes, sobre todo cuando se desarrollan en la región del maxilar anterior, lo que puede impactar significativamente en la calidad de vida del paciente. (1,10, 11, 12)

Su clasificación está basada principalmente en la morfología y en la localización; de acuerdo con su forma pueden ser suplementarios o eufóricos refiriéndose a que poseen forma y tamaño normal semejante a los dientes adyacentes; y como rudimentarios o dismórficos cuando poseen una forma anormal o menor tamaño, pudiendo ser cónicos, tuberculados o asemejar la forma de un molar. En cuanto a la localización su nomenclatura será, Mesiodens cuando se encuentran en la región

maxilar anterior cercanos a la línea media, Paramolar cuando surgen a un lado del diente, pudiendo ser por vestibular, palatino o lingual y comúnmente se hallan fusionados a los molares y por último el término Distomolar se emplea para designar un supernumerario que aparece por distal del último molar como un cuarto molar.(1,2, 13, 14)

En la etiología de los dientes supernumerarios se involucran factores genéticos (gen *Ief1*, *homobox*, *USAG*) ; y ambientales, existen 3 teorías sobre su formación, 1) Teoría del Atavismo, la cual sugiere que los dientes supernumerarios son el resultado de una reversión filogenética a los primates extintos con tres pares de incisivos, 2) Teoría Dicotómica, esta sugiere que el germen dental se divide en dos partes iguales o de diferente tamaño, resultando en la formación de dos dientes del mismo tamaño o de uno normal y uno dismórfico respectivamente, 3) Teoría de la hiperactividad de la lámina dental, la cual sugiere que existe una hiperactividad de la lámina dental localizada, independiente y

condicionada, de acuerdo con esta teoría una forma suplementaria se desarrollara adyacente al germen dental proviniendo de la cara lingual de este y una forma rudimentaria se desarrollara de la proliferación de los remanentes epiteliales, esta última es la teoría más aceptada.(1,13)

Los dientes supernumerarios pueden detectarse durante un examen clínico o radiográfico rutinario, sin embargo, pueden surgir complicaciones como el retraso en la erupción de dientes permanentes asociados siendo una de las principales causas de incisivos impactados, apiñamiento, maloclusión, impedimento del cierre de espacio en el tratamiento ortodóntico, dilaceraciones, desarrollo anormal de las raíces de los dientes permanentes adyacentes, desplazamientos, rotaciones, diastemas, resorción radicular, formación de quistes, compromiso de la estética, parestesia o dolor .(11,13)

Cuando hablamos de una fusión entre un diente de la fórmula normal con un diente supernumerario, suele presentarse con mayor predilección en la región del maxilar anterior, la

etiología aun es desconocida pero se sugiere que puede ser causada por la influencia de una presión o fuerzas físicas que producen un contacto íntimo en los gérmenes dentales, por procesos inflamatorios e infecciosos, así como también pueden tener un determinante genético; las lesiones o traumatismos en la dentición primaria pueden causar entre el 12% y 74% de alteraciones en el desarrollo en la dentición permanente.(5, 7)

La presencia de una fusión conlleva múltiples problemas estéticos, predisposición a padecer de enfermedad periodontal, maloclusión, mayor susceptibilidad a presentar caries en el caso de presentar un surco de unión de las coronas profundo y patología pulpar, incrementándose dichas problemáticas especialmente cuando se encuentran involucrados dientes supernumerarios. La fusión de dientes de la fórmula normal puede causar un diastema mientras que la fusión con un diente supernumerario causa apiñamiento. (3,4, 5,8)

Para realizar un diagnóstico preciso resulta de carácter mandatorio la toma

de radiografías periapicales convencionales para la evaluación de la morfología de las raíces, sin embargo, la morfología de los dientes fusionados resulta más compleja, debido a que este tipo de radiográfica solo nos proporciona una visión bidimensional (2D) limitando la visualización, en casos como el de una fusión es de mayor utilidad tener una vista tridimensional (3D) de la anatomía dental, pudiendo obtenerla con el uso de la tomografía computarizada Cone Beam (CBCT), lo cual nos permite una visualización de imágenes 3D de los dientes y las estructuras dentoalveolares circundantes, para la obtención de información diagnóstica más detallada.(4, 5)

El tratamiento de la fusión de un diente supernumerario con un diente de la fórmula normal, dependerá de los requerimientos de cada caso particular, teniendo en cuenta la naturaleza de la anomalía dental involucrada, identificando el tipo y la posición en que se encuentre el diente supernumerario, de la relación que guarde este con los dientes adyacentes, analizar el desarrollo

radicular del diente a conservar para evitar daño iatrogénico debiéndose evaluar el tiempo propicio para llevar a cabo la extracción de supernumerario, del nivel en el que se observe presente la fusión, de los tejidos que esta involucre, de la morfología de la cámara pulpar y su cercanía con el sitio de la fusión, de la extensión subgingival de la línea de separación y de la cooperación del paciente.(4, 8, 11)

Se han reportado en la literatura diversos métodos para resolver esta problemática, como lo son la hemisección en el sitio de la fusión, siempre tratando de preservar la integridad del complejo pulpar del diente a conservar así como su estructura de ser posible, en conjunto con la extracción del diente supernumerario, la posterior rehabilitación del diente que se va a mantener y en caso necesario realizar la terapéutica pulpar indicada si llega a presentarse una exposición pulpar, tomando en cuenta el tamaño de esta para su abordaje.(3, 9)

En el reporte de caso se describe el manejo que se le dio a la fusión de un

diente supernumerario con un incisivo lateral superior permanente.

Caso Clínico.

Se presenta paciente masculino de 12 años de edad, originario de la Ciudad de México, a la clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, mencionando como motivo de consulta la presencia de maloclusión.

Al interrogatorio como antecedentes personales patológicos refiere haber padecido de Varicela y Hepatitis tipo A a los 7 años, ambas sin ninguna complicación y actualmente acude a atención médica al otorrinolaringólogo debido a desviación del tabique nasal, no refiere antecedentes heredofamiliares relevantes para el caso, tampoco refiere presencia de anomalías dentales en la historia familiar, y como antecedentes personales no patológicos cuenta con escolaridad primaria, su vivienda posee 3 habitaciones de lámina, cuenta con todos los servicios básicos, su esquema de vacunación se encuentra completo, su

alimentación se considera balanceada, menciona realizar la técnica de cepillado dental dos veces al día, no hace uso de hilo dental por lo que su higiene bucal se considera regular y no refiere alergias.

Hallazgos clínicos.

Dentro de los hallazgos clínicos, a la exploración extraoral no se presentaron exostosis ni hundimientos en el cráneo, la implantación del cabello se observó alta, los músculos de la expresión facial y de la masticación se encontraron normotónicos, las cadenas ganglionares se hallaron palpables y móviles, en cuanto a la ATM el paciente no presento dolor, chasquido, crepitación, desviación ni limitación de movimientos, a la apertura y cierre, movimientos de lateralidad ni a los movimientos de retrusión y protrusión, se agregan fotografías extraorales de frente y perfil para su valoración (Fig.1); a la exploración intraoral se observó mordida cruzada anterior y posterior, relación molar de Angle Clase III derecha e izquierda, relación canina clase III derecha y clase I izquierda (Fig. 2), y la presencia de un

diente adicional a la fórmula normal, correspondiente a un diente supernumerario de carácter suplementario, el cual se observó fusionado con el incisivo lateral permanente superior izquierdo, correspondiente al diente número 22 de acuerdo a la clasificación de la FDI,

encontrándose unidos por medio de un surco en el tercio distal del incisivo lateral (diente No. 22) y por mesial del diente supernumerario, ambos sin presentar caries ni sintomatología perteneciente a patología pulpar (Fig. 3). No se observan restauraciones previas.



Fig. 1 Fotografías extraorales de frente y perfil.



Fig. 2 Fotografías intraorales.



Fig. 3 Incisivo lateral superior permanente (No. 22) fusionado con diente supernumerario.

Evaluación diagnóstica.

Para la evaluación diagnóstica, dentro del examen radiográfico mandatorio, se llevó a cabo la toma de una serie de radiografías periapicales en un inicio, tanto orto como disto-radiales para la visualización del diente supernumerario y del incisivo lateral (No. 22) (Fig.4), la revisión de la radiografía panorámica en busca de la presencia de un mayor número de anomalías dentales (Fig. 5) y posteriormente se solicitó el auxiliar de diagnóstico consistente en una Tomografía Computarizada Cone Beam (CBCT) (Fig. 6) para poder evaluar a mayor detalle la extensión y la relación de la fusión, así como las

estructuras adyacentes, ya que debido a la discrepancia dentoalveolar severa que presentaba el paciente, en las radiografías periapicales se encontraba una superposición de imágenes que impedía la correcta visualización de la anomalía dental, determinando así que la fusión involucraba el tercio cervical de las coronas de ambos dientes por medio de una confluencia de esmalte-dentina, sin involucrar las raíces ni el complejo pulpar de estos ya que se observaron completamente separados, así mismo se observó el desarrollo radicular completo del incisivo lateral, lo cual nos brinda un pronóstico favorable.

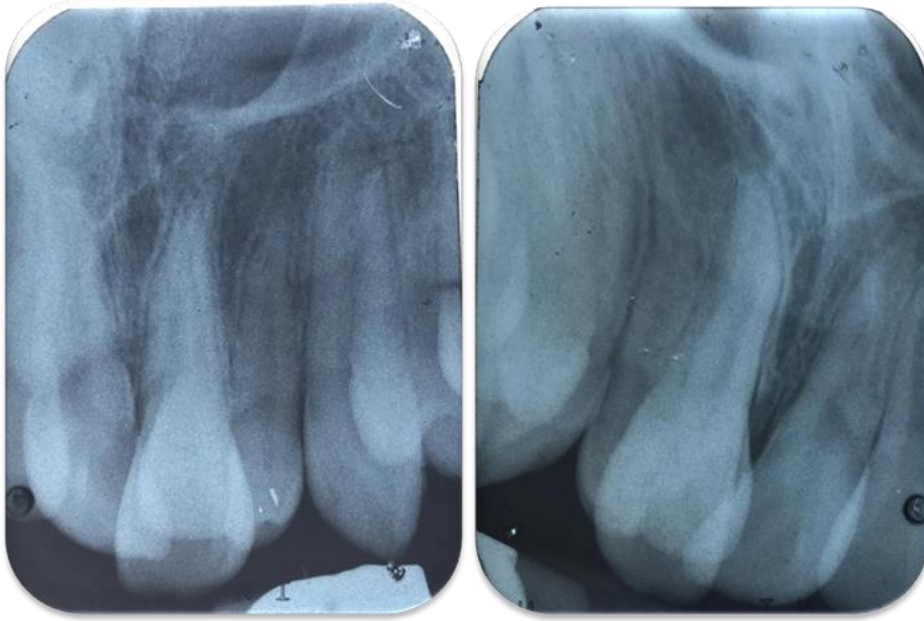


Fig.4 Radiografías periapicales.

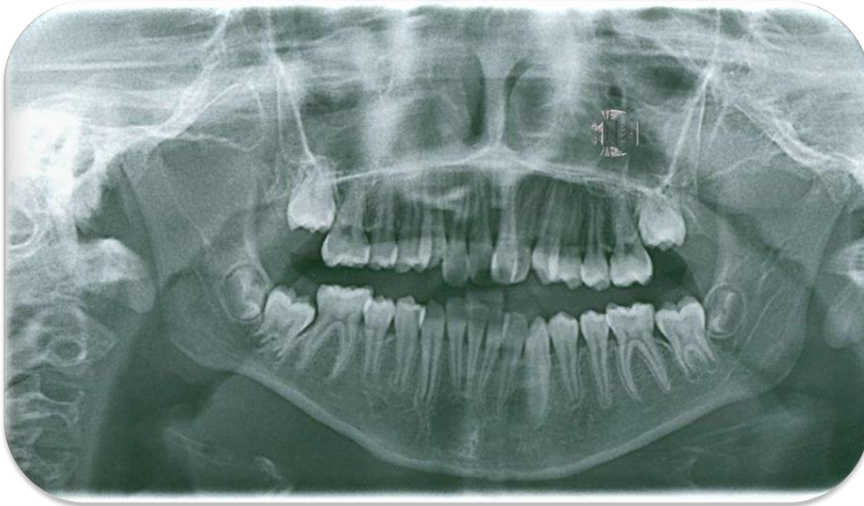


Fig. 5 Radiografía Panorámica.

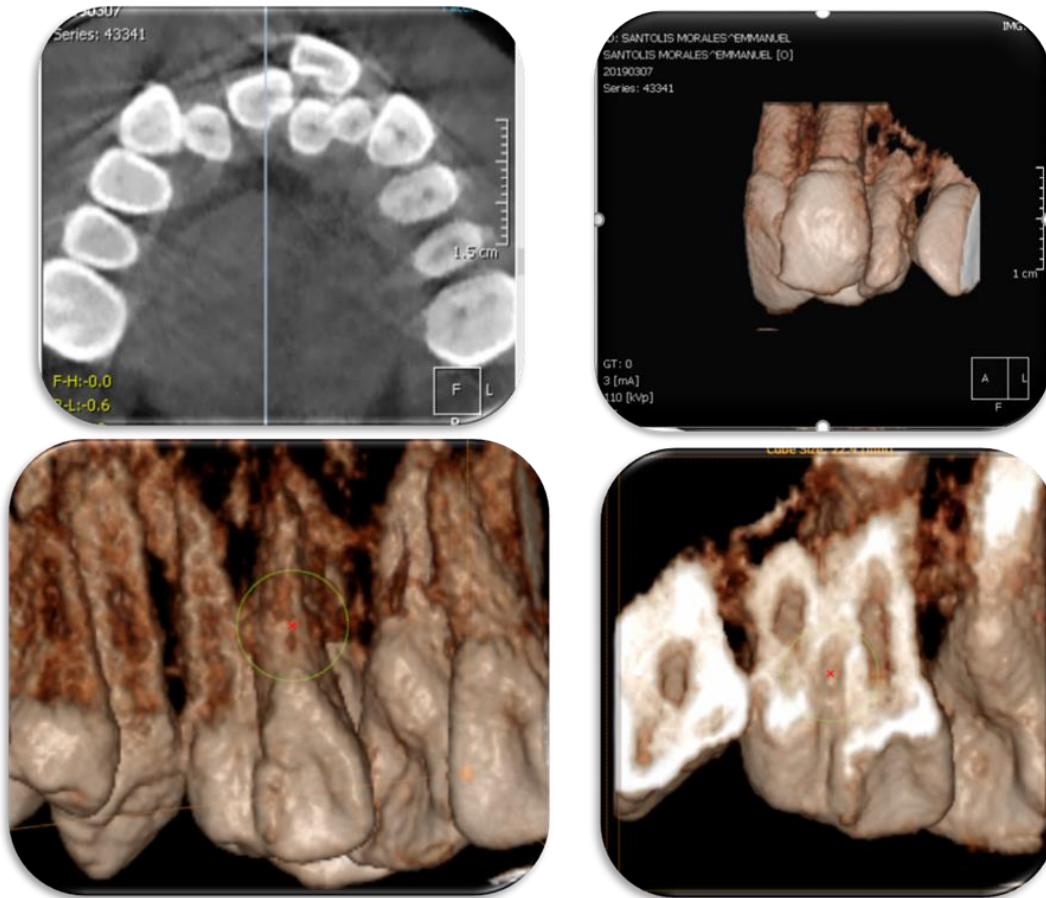


Fig. 6 Tomografía computarizada Cone Beam.

Intervención terapéutica.

Una vez recabado y autorizado el consentimiento informado pertinente por parte de la madre al tratarse de un paciente pediátrico y de habersele explicado la condición clínica existente del paciente y las consecuencias de no brindársele atención oportuna, se procedió a la intervención terapéutica; el abordaje clínico consistió de inicio en la intervención quirúrgica, previa anestesia local aplicando un cartucho

(Lidocaína 2% con epinefrina 1:100,000, Zeyco®, México), realizando la hemisección de la fusión por el tercio cervical de la corona tanto por la cara mesial del diente supernumerario como la cara distal del incisivo lateral permanente superior, correspondiente al diente 22 de acuerdo a la nomenclatura designada por la FDI, empleando para el procedimiento una pieza de mano de alta velocidad (W&H Alegria®, push bottom, Austria), una fresa de

diamante punta de lápiz y una fresa de carburo de pera (SS White®, Estados Unidos), una vez realizada la hemisección, se procedió a la luxación con elevadores rectos (YMD©, Japón) y la extracción del diente supernumerario con fórceps para dientes anteriores (YMD©, Japón) (Fig. 7), así como la colocación de un cemento de ionómero de vidrio (Ketac Molar Easy Mix, 3M ESPE™, Estados Unidos) como restauración terapéutica interina en el incisivo lateral por su cara distal, al tratarse de un material altamente liberador de flúor, biocompatible y con una gran resistencia, en conjunto con la aplicación de un adhesivo (Single Bond Universal, 3M ESPE™, Estados Unidos) para evitar la disolución del ionómero de vidrio, fotopolimerizando este durante 20 segundos (Lámpara Led Elipar, 3M ESPE™, 1200Mw/cm², Estados Unidos), para evitar de esta manera la aparición de sintomatología pulpar o una reacción de hipersensibilidad al quedar expuesta la dentina del incisivo lateral (Diente No. 22) durante el procedimiento quirúrgico, por último en esta cita se le proporcionó al paciente terapia

farmacológica para el manejo del dolor y prevención de la instauración de un proceso infeccioso, se prescribió amoxicilina cápsulas de 500 mg tomar 1 cada 8 horas por 7 días y naproxeno con paracetamol tabletas de 275/300 mg tomar 1 cada 12 horas por 3 días y se le indico aplicar frio en la zona de la extracción los primero 3 días posteriores al procedimiento. Se le dio seguimiento clínico al caso a los 5 días tras el procedimiento quirúrgico, para valorar la cicatrización de los tejidos blandos en el sitio de la extracción, en donde se observó la formación de fibrina y disminución del proceso inflamatorio (Fig. 8).

En una cita posterior, a las 3 semanas de realizado el procedimiento quirúrgico, una vez terminado el proceso de cicatrización de los tejidos blandos, se restauró el incisivo lateral tomando en cuenta las consideraciones estéticas, bajo aislamiento relativo, empleando una corona de celuloide previamente seleccionada (Frasaco® GmbH, No.220 incisivo lateral superior izquierdo, Alemania), recortada con tijeras para coronas tipo Kameta (YMD©, Japón) para ajustarse al

diente, de manera que no resulto necesario realizar un desgaste completo dentro de la preparación del diente, únicamente se biselaron los bordes donde se realizó la sección, además de rebajar el ionómero de vidrio para mantener una base y empleando resina como material de restauración (Filtek z350 XT, 3M ESPE™, Tono A2, Estados Unidos), previo grabado con ácido fosfórico al 32% durante 30 segundos (Scotchbond™ Universal Etchant, 3M ESPE™, Estados Unidos) y la

aplicación de adhesivo (Single Bond Universal, 3M ESPE™, Estados Unidos) fotopolimerizando este por 20 segundos (Lámpara LED Elipar, 3M ESPE™, 1200Mw/cm², Estados Unidos), tras la fotopolimerización se retiró la corona de celuloide y se finalizó el acabado de la restauración con fresas de terminado (SS White®, Estados Unidos), discos de lija y cepillo de silicón (Sistema Sof-Lex de acabado y pulido, 3M ESPE™, Estados Unidos) (Fig. 9).

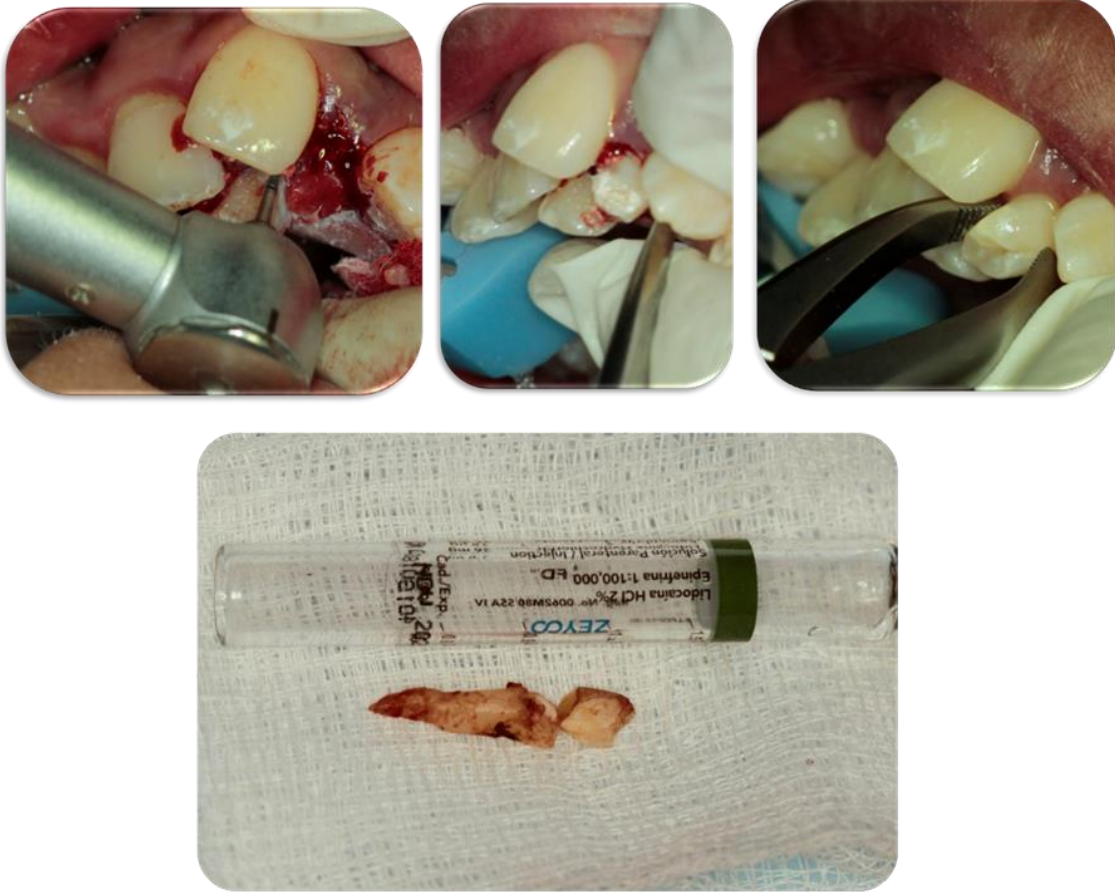


Fig. 7 Intervención quirúrgica: Hemisección, luxación, avulsión.



Fig. 8 Seguimiento a los 5 días postquirúrgicos.

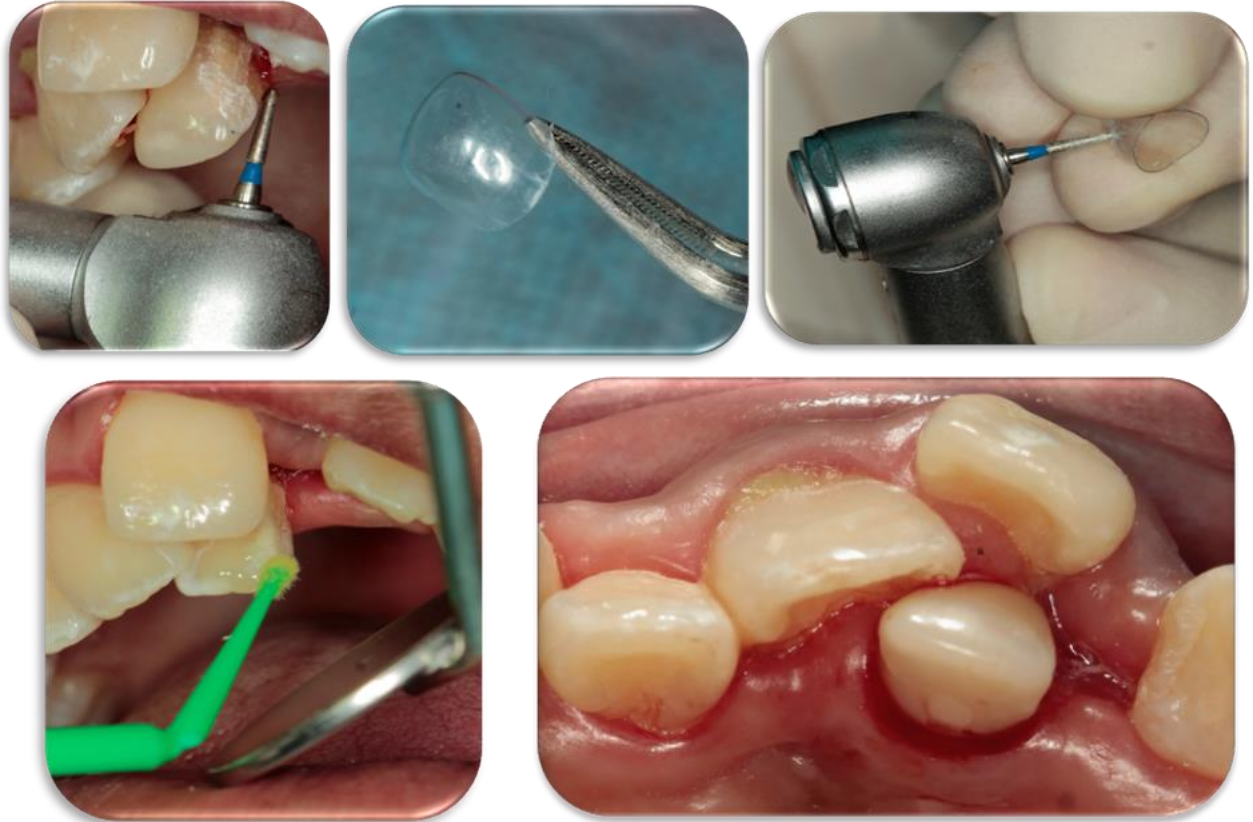


Fig. 9 Rehabilitación con Corona de Celuloide y Resina.

Seguimiento y Resultados.

Se citó al paciente 3 meses después del acto quirúrgico para seguimiento y para la impartición de la atención de las medidas preventivas pertinentes y al presentarse asintomático, se refirió a la clínica de ortodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, para la atención y corrección de la

maloclusión empleando un aparato disyuntor de McNamara (Fig. 10).

Se realizó el seguimiento pertinente y la evaluación de los resultados, clínico y radiográfico a 1 mes, 3 meses y a los 9 meses en donde se pudo observar la formación ósea en el sitio de extracción, así como una completa cicatrización de los tejidos blandos, el paciente no refiere presentar ninguna reacción de hipersensibilidad y la restauración final se observa íntegra (Fig.11).

El paciente se mantuvo asintomático durante el periodo de seguimiento posterior a la intervención terapéutica y se observó un resultado óptimo en

cuanto a la rehabilitación estética, ya que la restauración permanece íntegra. No se observaron efectos adversos ante la terapéutica.



Fig. 10 Remisión a la clínica de Ortodoncia de la DEPeI FO UNAM.

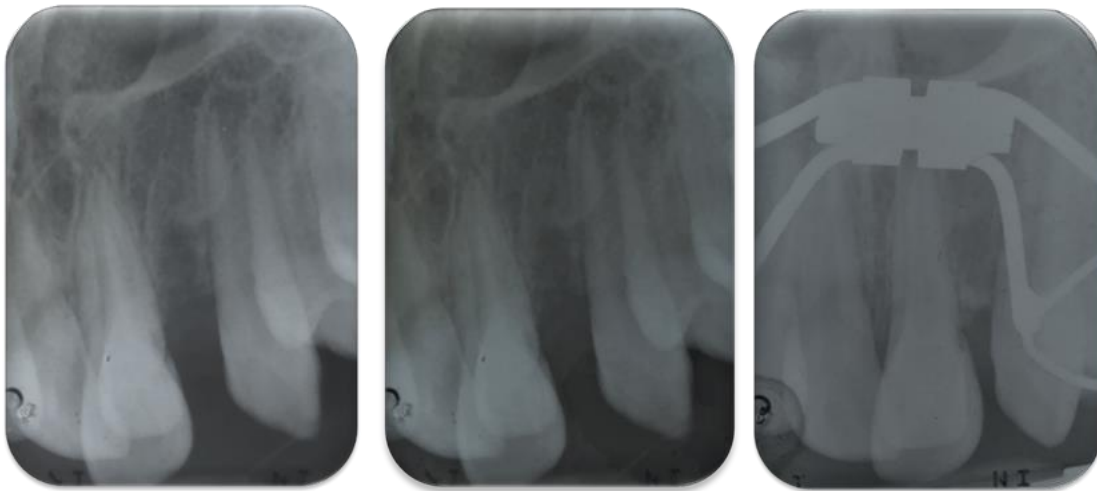


Fig. 11 Seguimiento a 1, 3 y 9 meses respectivamente.

Discusión.

El diagnóstico clínico de las anomalías dentales, hablando específicamente de la fusión suele ser complicado cuando esta involucra dientes supernumerarios, con frecuencia requiere de herramientas adicionales y de un manejo interdisciplinario. La CBCT puede emplearse para obtener una visualización precisa de la anatomía de una estructura 3D para el diagnóstico de dientes con una morfología complicada y las estructuras adyacentes.(4, 9, 14)

Los dientes fusionados, en conjunto con los dientes supernumerarios suelen ocasionar una severa problemática en cuanto a la estética se refiere, propician el establecimiento de una maloclusión la cual puede generar un trauma oclusal, así como situaciones de carácter psicológico en los pacientes pediátricos.(3, 8)

Los dientes supernumerarios se presentan con mayor frecuencia en la línea media del maxilar anterior, su forma puede variar, semejando la anatomía normal o bien pueden ser rudimentarios, la mayoría de los casos reportados menciona a los mesiodens como los

supernumerarios más frecuentes en la dentición permanente.(10)

Es fundamental considerar todos los aspectos involucrados en el caso para darle el manejo apropiado, debe tomarse en cuenta un abordaje multidisciplinario en el caso necesario, considerando la estética, la terapéutica pulpar correspondiente ante la presencia de exposición o patología pulpar, la ortopedia de los maxilares, la ortodoncia para la corrección de la maloclusión y el estado periodontal.(3, 8)

Dentro de los tratamientos a considerar cuando existe la presencia de una fusión en la que las raíces se encuentran separadas y desarrolladas podemos encontrar la hemisección como uno de los enfoques principales y la extracción del diente supernumerario, teniendo presente el nivel donde se observe dicha unión.(3, 4, 8) En el caso de que la fusión abarque el tejido pulpar se debe tomar en consideración la terapéutica pulpar a seguir de acuerdo con la magnitud de la exposición de este tejido o bien si existe una hipersensibilidad o dolor a la percusión. La utilización de un cemento de ionómero de vidrio en el sitio de la sección como tratamiento inmediato del

diente a preservar tras la sección, es ampliamente recomendada debido a que proporciona una protección pulpar, libera flúor y necesitaremos menor cantidad del material final de restauración. Se requiere de un diagnóstico y una intervención temprana para lograr una mejoría en la oclusión, la estética y la función, que ayuden a minimizar las posibles complicaciones. (3, 8, 10)

Las restauraciones interinas por definición son aquellas que resultan benéficas en circunstancias en las que una restauración convencional o la preparación convencional de una cavidad no sean posibles, previo a una restauración definitiva, en este caso se colocó un cemento de ionómero de vidrio previo a la restauración para evitar la aparición de sintomatología pulpar al quedar expuesta la dentina en durante la hemisección.(15)

La rehabilitación estética es un punto de gran interés para los pacientes, es necesario contar con los conocimientos para la selección de la mejor técnica para cada caso, el uso de un material de alta resistencia, estética y durabilidad en especial cuando se trata del sector anterior. Las restauraciones a base de

resina resultan adecuadas para la restauración del sector anterior en pacientes en los que se pueda llevar a cabo un aislamiento absoluto o relativo de la saliva y/o sangre. Se sugiere que los pacientes que han perdido una amplia estructura del diente sean considerados para la colocación de restauraciones que cubran toda la superficie. La opinión de expertos sugiere que las coronas de celuloide son una opción de tratamiento adecuada para la restauración del sector anterior.(16)

Resulta de importancia darle un seguimiento periódico a los casos en los que se ha realizado una hemisección, ya que suele presentarse en ocasiones una pérdida parcial del ligamento periodontal de los dientes seccionados, como ocurre en el trauma dental; se encuentran reportados pocos casos donde posterior a este tratamiento se presenta una hipersensibilidad, pulpitis reversible o irreversible y resorción externa de la raíz. (5)

Es importante destacar que con el auxiliar diagnóstico consistente en una Tomografía computarizada Cone Beam (CBCT), se logró la visualización del nivel y las estructuras que involucraba la

fusión, así como la relación que estas guardaban con los dientes adyacentes, revelando así que se trataba de una fusión por medio de esmalte y dentina, encontrándose al tejido pulpar y las raíces completamente separados y que solo involucraba a la corona de ambos dientes.

El artículo de Steinbok trata de un caso similar al presentado en este trabajo, se muestra una paciente con fusión del incisivo central superior izquierdo con un diente supernumerario, donde el tratamiento de elección consistió en la hemisección, extracción, terapéutica pulpar al presentar exposición pulpar al momento de la hemisección, restauración con resina y tratamiento ortodóncico para la corrección de la maloclusión, dicho plan de tratamiento coincide con el llevado a cabo en la presentación de este artículo, a excepción del tratamiento pulpar ya que en nuestro caso la fusión involucraba únicamente el tercio cervical por medio del esmalte, y al quedar expuesta únicamente dentina se decidió restaurar inmediatamente con un cemento de ionómero de vidrio para evitar sintomatología pulpar, restaurando definitivamente en una cita posterior con

una corona de celuloide con resina, para remitir al paciente a la clínica de ortodoncia de la universidad para el tratamiento de la maloclusión.

Conclusión.

Debido a que la fusión se encontraba presente en el tercio cervical de la corona y únicamente involucraba al esmalte y a la dentina y las raíces se encontraban separadas y desarrolladas, la hemisección fue el tratamiento de elección dadas dichas condiciones. Es necesario contar con los auxiliares diagnósticos pertinentes para la visualización de la manifestación de anomalías, para así poder dirigir el manejo de cada caso, con sus características individuales de una manera adecuada, así como también debe contarse con los conocimientos sobre las variaciones anatómicas y las diversas alternativas de tratamiento que se pueden llegar a requerir para obtener el mejor resultado. La complejidad de un diente supernumerario fusionado convierte en un reto el adecuado manejo para obtener el resultado más óptimo, el clínico debe ser cuidadoso con cada detalle incluyendo la posición, el sitio de unión y el posible efecto en los dientes

adyacentes. La CBCT resulto de gran ayuda para la visualización de la morfología del supernumerario y para la determinación del nivel de la fusión.

Perspectiva del paciente.

El paciente menciona que a partir del tratamiento llevado a cabo ha tenido un mejor acceso al diente 22 para la realización de las medidas preventivas, como la técnica de cepillado.

Referencias.

1. Bulut Hakan PA. Multidisciplinary management of a fused maxillary central incisor moved through the midpalatal suture : A case report. *Korean J Orthod.* 2017;47(6):384–93.
2. Zhu M, Liu C, Sun W. Fusion of a supernumerary tooth to right mandibular second molar : a case report and literature review Report of case *Clinical information.* 2020;1–5.
3. Neville B.W., Damm, Allen C. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 4th ed. Elsevier, editor. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2016. 75–80 p.
4. Regezi J, Sciubba J. JR. *Oral Pathology: Clinical Pathologic correlations.* 7th ed. Elsevier, editor. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017.
5. Zheng J, Shinonaga Y, Kawai S, Abe Y, Harada K, Arita K. Hemisection of fused teeth involving a maxillary permanent incisor and a supernumerary tooth. *Pediatr Dent J.,* 2015;25(3):84–91.
6. Cunha RS, Frcd C, Junaid A, Dent DMD, Mello I, Frcd C. Unilateral Fusion of a Supernumerary Tooth to a Maxillary Permanent Lateral Incisor : A Report of a Rare Case. *J Endod,* 2015;41(3):420–3.
7. Badole GP, Shenoi PR, Parlikar A. Endodontic management of central incisor associated with large periapical lesion and fused supernumerary root : a conservative approach. *Restor Dent Endod.* 2018;43(4):1–9.
8. Aydemir S, Ozel E, Arukaslan G, Tekce N. Clinical management of a fused mandibular lateral incisor with supernumerary tooth : A case report. 2020;13(1):80–4.

9. Steinbock N, Wigler R, Kaufman AY, Lin S, Naaj IA, Aizenbud D. Fusion of Central Incisors with Supernumerary Teeth : A 10-year Follow-up of Multidisciplinary Treatment. *J Endod*, 2020;40(7):1020–4.
10. Avani J, Karuna MY, Suprabha SB, Arathi R. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery , Medicine , and Pathology An unusual case of bilateral supernumerary teeth in the primary dentition stage. *J Oral Maxillofac Surgery, Med Pathol*. 2017;29(3):281–3.
11. Dmd DH, Mei L, Dds MDS, Wang Y, Dmd JL, Dmd HL. Association between maxillary anterior supernumerary teeth and impacted incisors in mixed dentition. *J Am Dent Assoc*. 2017;148(8):595–603.
12. Mcbeain M, Miloro M. Characteristics of Supernumerary Teeth in Nonsyndromic Population in an Urban Dental School Setting. *J Oral Maxillofac Surg*., 2017;76(5):933–8.
13. Amarlal D, Muthu MS. Supernumerary teeth : Review of literature and decision support system General Characteristics of Supernumerary Teeth. *Indian J o Dent Res.*, 2013;24(1):117–22.
14. Hiroshi Kato TK. Diagnosis and Endodontic Management of Fused Mandibular Second Molar and Paramolar with Con crescent Supernumerary Tooth Using Cone-beam CT and 3-D Printing Technology : A Case Report. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2015;56(56):177–84.
15. Revision L. Policy on Interim Therapeutic Restorations (ITR). 2017;39(6):64–5.
16. Revision L. Pediatric Restorative Dentistry. 2019;340–52.