

11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**ESTUDIO RETROLECTIVO DEL COMPORTAMIENTO CLÍNICORADIOGRÁFICO
Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS
EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OBTENER EL
TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

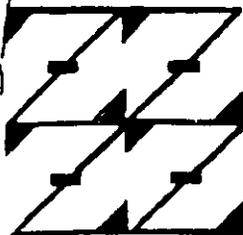
P R E S E N T A N

GUTIÉRREZ MARTÍNEZ VERÓNICA
VÁZQUEZ MUÑOZ ANGÉLICA

DIRECTOR:

C.D.M.F. GUSTAVO F. GALVEZ REYES.

291613



LO HUMANO
EJE

DE NUESTRA REFLEXION



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

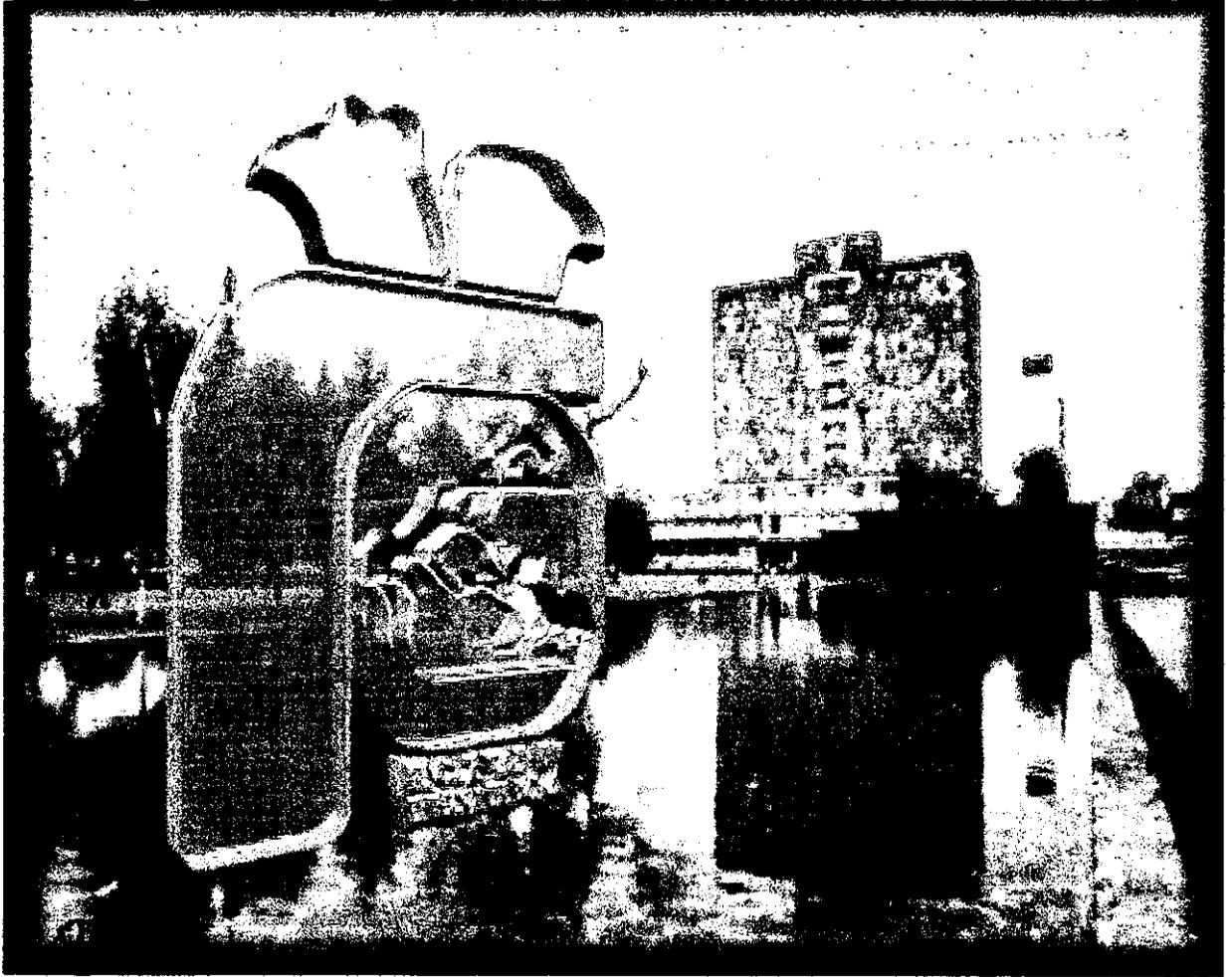


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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





ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	.....	6
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....	8
3.	JUSTIFICACIÓN	.....	9
4.	MARCO TEÓRICO	.....	10
5.	OBJETIVOS	.....	59
6.	DISEÑO METODOLÓGICO	.....	61
7.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	.....	66
8.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	.....	67
9.	CONCLUSIONES	.....	89
10.	PROPUESTAS	.....	91
11.	BIBLIOGRAFÍA	.....	93
12.	ANEXOS	.....	98



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe una gran tendencia hacia la práctica de la odontología preventiva, no sólo en cuanto a la detención del proceso carioso, sino además al diagnóstico de malformaciones, malposiciones dentarias ó alteraciones patológicas y parodontopatías donde se encuentran las alteraciones en el número de dientes como son: **LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS**. Los dientes supernumerarios o hiperdontia, se definen como un exceso en el número de dientes comparado con la fórmula dental normal, de etiología multifactorial los podemos detectar a temprana edad. Ruspini (1750), define como dientes supernumerarios a todos aquellos dientes que exceden de 20 en la dentición primaria y de 32 en la dentición permanente, los cuales provocan diferentes alteraciones en la cavidad oral. Las anomalías dentarias son irregularidades que se pueden presentar tanto en la dentición primaria como en la permanente; morfológicamente se pueden clasificar en suplementarios o rudimentarios, los primeros presentan forma y tamaño normal, los segundos son con frecuencia de tamaño menor y con forma tuberculada.

Se clasifican de acuerdo a su aspecto en atípico o heteromórfico (supernumerarios), similares a los dientes en eumórficos (suplementarios). De acuerdo a la posición que ocupa en el arco se clasifican en mesiodens, paramolares, postmolares, los cuales pueden estar erupcionados o retenidos. Aparte de los dientes supernumerarios, existen dientes dobles o gemelos y pueden ser resultado de la división incompleta de un gérmen dental único (esquizodontismo) o de la fusión de dos gérmenes adyacentes, regulares o accesorios (sinodontismo).

La presencia de dientes supernumerarios puede deberse a una hiperactividad de la lámina dental con formación de un botón adicional.



Algunas complicaciones que pueden acompañar a los dientes supernumerarios no erupcionados son: formación de quistes, erupción dental en la cavidad nasal, formación de diastemas, reabsorción radicular con pérdida de la vitalidad, desplazamiento y malformaciones de dientes adyacentes.

Los dientes supernumerarios causan mayores complicaciones en la zona anterior que en la zona posterior, como es el retraso en la erupción, desplazamiento del diente permanente adyacente, ocasionalmente los dientes supernumerarios pueden provocar el desarrollo de quistes dentígeros, resorción o rotación del diente adyacente, casi siempre se asocian a síndromes y anomalías del desarrollo entre ellas la Disostosis Cleidocraneal.

La presencia en cavidad oral de estos dientes se detecta por medio de una revisión clínica y radiográfica, que nos permite el diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno favoreciendo el desarrollo y erupción normal de los dientes adyacentes previniendo patologías y tratamientos de mutilación innecesaria ya que es de gran importancia lograr la conservación y salud de los dientes.

El presente trabajo es un estudio Observacional, Retrolectivo, Transversal y Descriptivo del comportamiento de los dientes supernumerarios (frecuencia de aparición, zona y forma anatómica, patologías dentales y sistémicas y tratamiento quirúrgico), que son detectados en pacientes que acuden a solicitar el servicio Odontológico en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza y son canalizados al área de Cirugía Maxilofacial para el reconocimiento e interpretación de los auxiliares de diagnóstico.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el comportamiento clínico-radiográfico y su tratamiento quirúrgico de los dientes supernumerarios en la población que acude a consulta odontológica en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza durante el periodo de 01 de agosto de 1998 al 20 de abril de 1999?



JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como interés principal hacer énfasis en el Cirujano Dentista sobre la importancia que tiene el diagnóstico clínico como radiográfico para la identificación de diferentes patologías entre las cuales se encuentran las alteraciones en el número como son los dientes supernumerarios los cuales provocan diferentes alteraciones en la cavidad oral como son: el retraso en la erupción de dientes permanentes, diastemas, malformaciones dentarias, reabsorción radicular, entre otras.

Las anomalías dentarias son irregularidades que se pueden presentar tanto en la dentición primaria como en la dentición permanente. Por esta situación hay que darle gran importancia y conocer las diferentes alteraciones que pueden presentarse durante la odontogénesis para realizar así un buen diagnóstico y proponer un adecuado plan de tratamiento para prevenir complicaciones y patologías mayores.



MARCO TEÓRICO



DESARROLLO PRENATAL DE CARA Y CAVIDAD BUCAL.

La vida prenatal puede ser dividida en tres periodos:

1. Período de huevo (desde la fecundación hasta la segunda semana).
2. Período embrionario (de la tercera a la octava semana)
3. Período fetal (de la octava semana a la duodécima semana).

PERIODO DE HUEVO

Este período dura aproximadamente dos semanas y consiste primordialmente en la segmentación del huevo y su inserción en la pared del útero.

PERIODO EMBRIONARIO

Esta etapa comienza veintidós días después de la concepción cuando el embrión humano mide solo 3 mm de largo, la cabeza comienza a formarse. En este momento justamente antes de la comunicación entre la cavidad bucal y el Intestino primitivo, la cabeza está compuesta principalmente por el prosencéfalo. La porción inferior del prosencéfalo se convertirá en la prominencia o giba frontal, que se encuentra encima de la hendidura bucal en desarrollo. Rodeando la hendidura bucal lateralmente se encuentran los procesos maxilares rudimentarios. Existen pocos indicios, en este momento, de que estos procesos migrarán hacia la línea media y se unirán con los componentes nasales medio y laterales del proceso frontal. Bajo el surco bucal se encuentra un amplio arco mandibular. La cavidad bucal primitiva (rodeada por el proceso frontal), los dos procesos maxilares y el arco mandibular en conjunto se denominan estomodeo.(2,3,5)



Entre la tercera y la octava semanas de vida intrauterina se desarrolla la mayor parte de la cara. Se profundiza la cavidad bucal primitiva y se rompe la placa bucal, compuesta por dos capas (el revestimiento endodérmico del intestino anterior y el piso ectodérmico del estomodeo). Durante la cuarta semana es fácil ver la proliferación del ectodermo a cada lado de la prominencia frontal. Estas placas nasales formarán posteriormente la mucosa de las fosas nasales y el epitelio olfatorio. (2,3,4)

Las prominencias maxilares crecen hacia delante y se unen con la prominencia frontonasal para formar el maxilar superior. Con los procesos nasales medios crecen hacia abajo más rápidamente que los procesos nasales laterales, los segundos no contribuyen a las estructuras que posteriormente forman el labio superior. La depresión que se forma en la línea media del labio superior se llama philtrum e indica la línea de unión de los procesos nasales medios y maxilares.

El tejido primordial que formará la cara se observa fácilmente en la quinta semana de vida. Debajo del estomodeo y los procesos maxilares, que crecen hacia la línea media para formar las partes laterales del maxilar superior, se encuentran los cuatro sacos faríngeos, que forman los arcos y surcos branquiales. Las paredes laterales de la faringe están divididas por dentro y por fuera de arcos branquiales. Solo los dos primeros arcos reciben nombres, estos son el maxilar inferior y el hiodeo. Los arcos están divididos por surcos identificados por un número. Los arcos branquiales son inervados por núcleos eferentes viscerales especiales del sistema nervioso central. En la quinta semana de vida se distingue en el embrión fácilmente el arco del maxilar inferior, rodeando el aspecto caudal de la cavidad bucal. (3,5)

El proceso nasal medio y los procesos maxilares crecen hasta casi ponerse en contacto. La fusión de los procesos maxilares sucede en el embrión de 14.5mm durante la séptima semana. Los ojos se mueven hacia la línea media.



Al final de la octava semana, el embrión ha aumentado su longitud cuatro veces. Las fosetas nasales aparecen en la porción superior de la cavidad bucal y pueden llamarse narinas. Al mismo tiempo, se forma el tabique cartilaginoso, a partir de células mesenquimatosas de la prominencia frontal y del proceso nasal medio. Simultáneamente, se nota que existe una demarcación aguda entre los procesos nasales laterales y maxilares.

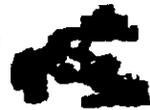
El paladar primario se ha formado y existe comunicación entre las cavidades nasal y bucal, a través de las coanas primitivas. El paladar primario se desarrolla y forma la premaxila, el reborde alveolar subyacente y la parte interior del labio superior. Cuando el embrión tiene 18mm de longitud, el maxilar inferior es aún relativamente corto.

PERIODO FETAL

Aproximadamente desde el día 56 y hasta el día 270 (la octava y duodécima semana) aumenta de tamaño el maxilar inferior, y la relación anteroposterior maxilomandibular se asemeja a la del recién nacido.

En ésta etapa nos interesa la zona de evolución dentaria, el maxilar superior e inferior.

El maxilar superior, surge de un solo centro de osificación, en dos áreas, basándose en la relación con el nervio infraorbitario:



Con excepción de los procesos paranasales de la cápsula nasal y de las zonas cartilaginosas del borde alveolar de la apófisis cigomática, el maxilar superior es esencialmente de hueso membranoso.

Esto es importante clínicamente, por la diferencia en la reacción de los huesos membranosos y endocondrales a la presión. En la última mitad del período fetal, el maxilar superior aumenta su altura mediante el crecimiento óseo entre las regiones orbitaria y alveolar.

Ingham, resume los cambios en el maxilar inferior en cuatro aspectos principales:

1. La placa alveolar se alarga más rápidamente.
2. La relación entre la longitud de la placa alveolar y la longitud mandibular total es casi constante.
3. La anchura de la placa alveolar aumenta más que la anchura total
4. La relación de la anchura entre el ángulo del maxilar inferior y la amplitud total es casi constante durante la vida fetal.(2,3,6,7,8)

CRECIMIENTO DEL PALADAR

La porción principal del paladar surge de la parte del maxilar superior que se origina de los procesos maxilares. El proceso nasal medio también contribuye a la formación del paladar, ya que sus aspectos más profundos dan origen a una porción triangular media pequeña del paladar, identificada como el segmento premaxilar.

Los segmentos laterales surgen como proyecciones de los procesos maxilares, que crecen hacia la línea media por proliferación diferencial.



Al proliferar hacia abajo y hacia atrás el tabique nasal, las proyecciones palatinas se aprovechan del crecimiento rápido del maxilar inferior, lo que permite que la lengua caiga en sentido caudal. Debido a que la masa de la lengua no se encuentra ya interpuesta entre los procesos palatinos, la comunicación buconasal se reduce.

Los procesos palatinos continúan creciendo hasta unirse en la porción anterior con el tabique nasal que prolifera hacia abajo, formando el paladar duro. Esta fusión progresa de adelante hacia atrás y alcanza el paladar blando. La falta de unión entre los procesos palatinos y el tabique nasal da origen a uno de los defectos congénitos más frecuentes que se conocen: Paladar Hendido. Parece ser que la perforación del revestimiento epitelial de los procesos es indispensable.

Existen algunas pruebas para confirmar la tesis de que la falta de perforación mesodérmica de la cubierta epitelial resistente y la retención de puentes o bridas epiteliales pueden causar Paladar Hendido.(9,13)

EVOLUCIÓN PRENATAL DENTARIA.

Cuando el embrión humano tiene tres semanas de edad, el estomodeo ya se ha formado en su extremidad cefálica. El ectodermo que lo cubre se pone en contacto con el endodermo del intestino interior, y la unión de estas dos capas forma la membrana bucofaríngea, esta se rompe a la cuarta semana de vida intrauterina comunicando la cavidad primitiva con el intestino anterior.

El ectodermo de la cavidad bucal primitiva consiste de una capa basal de células cilíndricas y otra superficial de células aplanadas. El ectodermo bucal se apoya sobre el mesénquima subyacente y están separados por medio de una membrana basal.



Cada diente se desarrolla a partir de una yema dentaria que se forma profundamente, bajo la superficie en la zona de la boca primitiva que se transformará posteriormente en los maxilares.

La yema dentaria consta de tres partes:

1. Órgano dentario (deriva del ectodermo, dando origen al esmalte)
2. Papila dentaria (proviene del mesénquima dando origen a la pulpa y a la dentina)
3. Saco dentario (deriva del mesénquima dando origen al cemento y al ligamento periodontal).

Dos o tres semanas después de la rotura de la membrana bucofaringea cuando el embrión tiene cinco o seis semanas de edad, se ve el primer signo del desarrollo dentario.

En el ectodermo bucal, algunas zonas de células basales proliferan más rápido que las células contiguas, dando como resultado la formación de una banda de engrosamiento ectodérmico, situado en la región de los futuros arcos dentarios, y que se extiende a lo largo de una línea que representa el margen de los maxilares, esta banda se llama: LÁMINA DENTARIA. (6,13)

ETAPAS DE DESARROLLO.

El desarrollo dentario es un proceso continuo por lo que dicho proceso se divide en etapas, y se denominan de acuerdo a la forma que toma el epitelio del germen dentario.



Etapas de Yema: Función y Formación de la Lámina Dentaria.

El primer signo de desarrollo dentario humano se observa durante la sexta semana de vida embrionaria. En ésta etapa el epitelio bucal consiste de una capa basal de células cilíndricas y otra superficial de células planas. El epitelio está separado del tejido conjuntivo por una membrana basal.

Algunas células de la capa basal del epitelio bucal comienzan a proliferar a un ritmo más rápido que las células adyacentes, se origina un engrosamiento epitelial en la región del futuro arco dentario y se extiende a lo largo de todo el borde libre de los maxilares. Es el esbozo de la porción ectodérmica del diente conocido como lámina dentaria. Se puede observar la mitosis no solo en el epitelio sino también en el mesoderma subyacente.

Etapas de Casquete:

La yema dentaria continúa proliferando; esta etapa se caracteriza por una invaginación poco marcada en la superficie profunda de la yema, las células periféricas de la etapa de casquete forman el epitelio dentario externo en la convexidad que consiste en una sola hilera de células cuboideas y el epitelio dentario interno, situado en la concavidad, formado por una capa de células cilíndricas.

Etapas de Campana:

En todos los dientes, excepto en los molares permanentes, la lámina dentaria prolifera en su extremidad, para originar el órgano dentario del diente permanente, mientras que se desintegra en la región comprendida entre el órgano y el epitelio bucal. El órgano dentario se separa poco a poco de la Lámina, aproximadamente en el momento en que se forma la primera dentina.



La actividad funcional de la lámina dentaria y su cronología se pueden considerar en tres fases:

La primera se ocupa de la iniciación de la dentición decidua, que aparece durante el segundo mes de vida intrauterina.

La segunda, trata de la iniciación de la dentición de los dientes deciduos. Es precedida por el crecimiento de la extremidad libre de la lámina dentaria (lámina sucesora) situada en el lado lingual del órgano dentario de cada diente deciduo y se produce aproximadamente desde el 5to. mes de vida intrauterina, para los incisivos centrales permanentes, y hasta los 10 meses de edad para el segundo premolar.

La tercera fase, es precedida por la prolongación de la lámina dentaria distal al órgano dentario del segundo molar deciduo.

Los molares permanentes provienen directamente de la extensión distal de la lámina dentaria.

El momento de su iniciación es aproximadamente a los cuatro meses de vida intrauterina para el primer molar permanente, en el primer año para el segundo molar permanente, y del cuarto al quinto año para un tercer molar permanente.

Esto demuestra que la actividad total de la lámina dentaria se prolonga por período de cinco años aproximadamente.

La proliferación distal de la lámina dental explica la localización preciliar de los gérmenes de los molares permanentes.

Durante la etapa de casquete la lámina conserva una conexión amplia con el órgano dentario pero en la etapa de campana; comienza a desintegrarse por la invasión mesenquimatosa, que primero penetra en su porción central y la divide en la lámina lateral y dentaria propia.



La lámina dentaria propia prolifera únicamente en su margen más profundo, que se transforma en una extremidad libre situada hacia la parte lingual del órgano dentario y forma el esbozo del diente permanente. La conexión epitelial del órgano dentario con el epitelio bucal es cortado por el mesodermo proliferante. Los restos de la lámina dentaria pueden persistir como perlas epiteliales.

INICIACIÓN.

La lámina y las yemas dentales representan la parte del epitelio bucal que tiene potencialidad para la formación del diente.

Células específicas poseen el potencial del crecimiento total de ciertos dientes y responden a los factores que inician el desarrollo dentario. Los diferentes dientes se inician en momentos bien definidos y la iniciación es puesta en marcha por factores desconocidos.

La falta de iniciación tiene como consecuencia la ausencia de dientes, lo que puede afectar un solo diente, los más afectados son los incisivos laterales superiores permanentes, los terceros molares y los segundos premolares inferiores. Puede provocar la falta completa de dientes llamada Anodoncia. Por otro lado la iniciación anormal induce la formación de dientes supernumerarios aislados o múltiples (17).

PROLIFERACIÓN.

La actividad proliferativa acentuada sobreviene en los puntos de iniciación y desencadena sucesivamente las etapas de yema, casquete y campana del órgano odontógeno. El crecimiento proliferativo provoca cambios regulares en el tamaño y las proporciones de los gérmenes dentarios en crecimiento. (17)



DIFERENCIACIÓN HISTOLÓGICA.

La diferenciación histológica sigue a la etapa proliferativa. Las células formadoras de los gérmenes dentarios, que se desarrollan durante la etapa proliferativa, sufren cambios definitivos, tanto como morfológicos como funcionales y adquieren su asignación funcional. Las células se tornan restringidas en su potencia y suspenden la capacidad de multiplicación conforme adquieren una nueva función. (17)

La influencia organizadora del epitelio dentario interno sobre el mesénquima es clara en la etapa de campana, y provoca la diferenciación de las células vecinas de la papila dentaria hacia odontoblastos. Con la formación de la dentina, las células del epitelio dentario interno se transforman en ameloblastos y se forma la matriz del esmalte frente a la dentina. La diferenciación de las células epiteliales es previa y esencial para la diferenciación de los odontoblastos y la iniciación de la formación de la dentina.

DIFERENCIACIÓN MORFOLÓGICA.

La imagen morfológica o forma básica y tamaño relativo del diente futuro se establece por medio de la diferenciación morfológica. Por lo tanto, la diferenciación morfológica es imposible sin la proliferación.

La etapa avanzada de campana señala no solamente la diferenciación histológica activa, sino también una etapa importante de diferenciación morfológica de la corona al delinear la futura unión dentino-esmáltica.

Las perturbaciones en la diferenciación morfológica pueden afectar la forma y el tamaño del diente sin disminuir la función de los ameloblastos o de los odontoblastos. Algunas partes nuevas pueden estar diferenciadas (cúspides o raíces supernumerarias) o puede resultar una duplicación o una supresión de algunas partes (pérdidas de cúspides o raíces) o puede dar como resultado un diente mal formado en el cual el esmalte y la dentina pueden tener una estructura normal (6, 17).



APOSICIÓN.

El crecimiento apositivo del esmalte y la dentina, es un depósito de capas, de una matriz extracelular. Por lo tanto, este crecimiento es de tipo aditivo. Es la realización de los planes delineados en la etapa de la diferenciación histológica y morfológica.

El crecimiento apositivo se caracteriza por el depósito regular y rítmico de material extracelular, incapaz de crecer más por sí mismo. Durante éste se alternan períodos de actividad y de reposo a intervalos definidos (6,9,17).

CALCIFICACIÓN.

La mineralización de la matriz del esmalte se efectúa en dos etapas, aunque el intervalo entre ellas parece ser muy corto. En la primera, aparece mineralización parcial inmediata en los segmentos de matriz y la sustancia interprismática conforme se depositan.

La segunda etapa, o de maduración, se caracteriza por la mineralización gradual hasta el final, comienza a partir del borde de la corona y progresa hacia el cuello. Sin embargo, en cada nivel parece comenzar en la extremidad dentinal de los prismas. La maduración comienza antes de que la matriz haya alcanzado su espesor total, de este modo se está efectuando en la matriz interna formado primero, al mismo tiempo que la mineralización inicial se realiza en la matriz externa, formada recientemente.

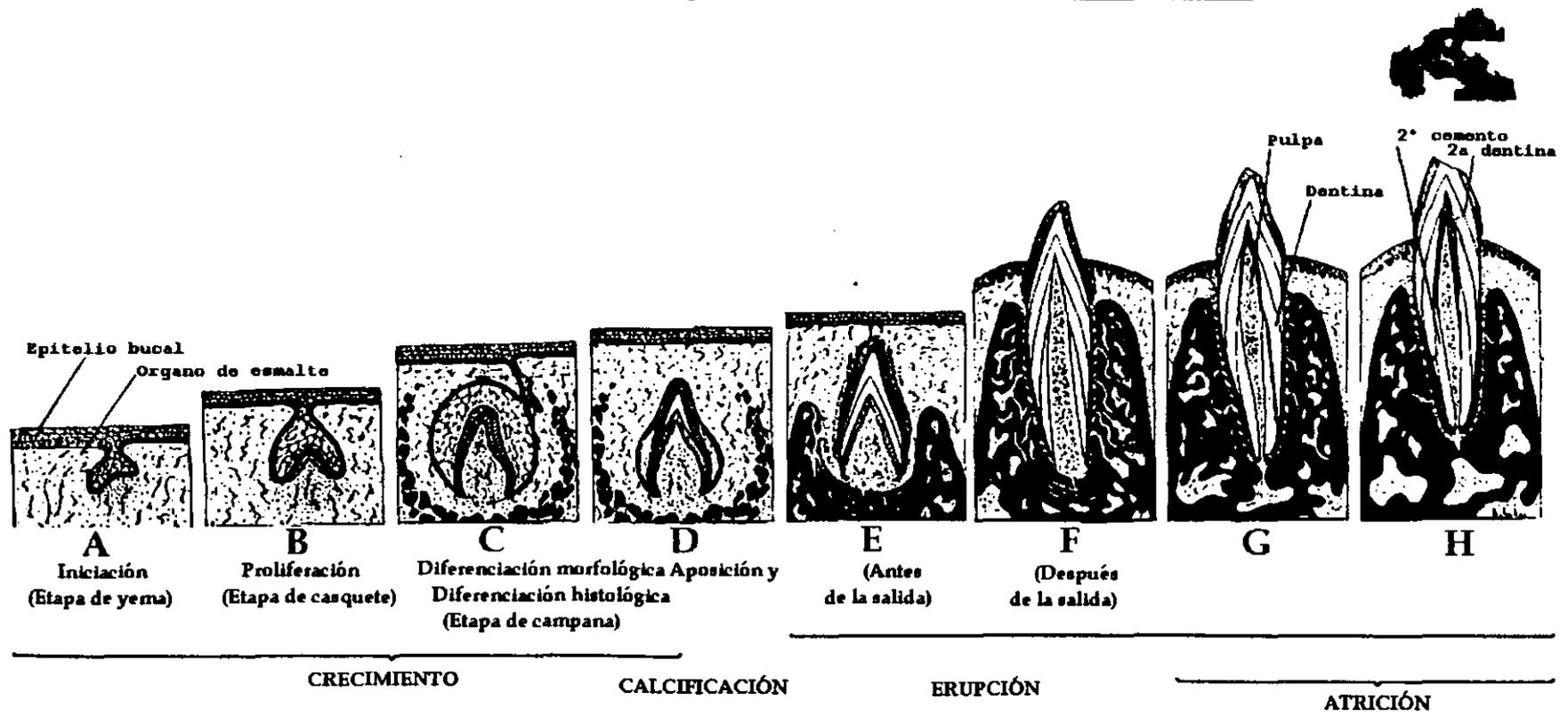


Ilustración esquemática del ciclo vital del diente (Modificada de Schour, I., y Massler, M.: J.A.D.A., 27.: 1785, 1940.)



ETIOLOGÍA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS

DEFINICIÓN:

Es una anomalía de la dentición caracterizada por el exceso de uno o más dientes en la fórmula dental, es decir, más de 20 en la dentición decidua y más de 32 en la dentición permanente. Se aplica el término "supernumerario" a los heteromórficos además de los eumórficos y dismórficos, hay dientes dobles o gemelares los cuales constan de dos o más coronas y muestran una tendencia a separarse; éstos pueden ocupar el lugar de uno solo o hallarse juntos; éstos se desarrollan a partir de la división incompleta de un germen (esquizodontismo), algunos son excesivamente anchos y otros tienen marcadas divisiones unidas sólo por cemento.

Algunas veces las láminas de los molares permanentes, forman dientes permanentes adicionales esto se ha comprobado histológicamente, no todos los microdientes en posición lingual interdental o interradicular se derivan de la lámina dental de los molares de localización variable.

ETIOLOGÍA

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

- ❖ Teoría del Atavismo.
- ❖ Teoría de la Dicotomía.
- ❖ Teoría de Hiperactividad Localizada de la Lámina Dental.
- ❖ Teoría de Remanentes de la Lámina Dental.
- ❖ Factores Hereditarios.



TEORÍA DEL ATAVISMO

Originalmente se propuso que la hiperdoncia era el resultado de una reversión filogenética hacia los primates, ya que el hombre en algún tiempo contaba con 44 dientes, perdiendo 12 en el proceso evolutivo. Los mesiodens y distomolares se han definido como una tendencia de atavismo o reversión hacia lo que se cree era el número original de la fórmula dental (1,7,5,9,8,14,29,24).

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

TEORÍA DE LA DICOTOMÍA

Esta teoría propone que la hiperdoncia es creada por la división del botón o germen dental, también conocida como gemelación. La completa e igual división de un germen dental nos da como resultado un diente normal y un diente supernumerario igual al original; a este diente se le denomina suplementario. (5,4,14,24)

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

Al intento de división de germen, que nos da como resultado una división incompleta y un diente menor en tamaño, se le llama geminación.

El Dr. Levitas propone que la geminación representa un intento de división del germen dental, resultando en una única corona bífida y probablemente un solo canal radicular. Es importante reconocer éstas diferencias para no confundir un diente supernumerario con una geminación. (17,24)



TEORÍA DE LA HIPERACTIVIDAD DE LA LÁMINA DENTAL

La lámina que forma el folículo primario viene de los cordones epiteliales que darán lugar a los gérmenes de la primera y segunda dentición. En el caso de los supernumerarios, se forma un folículo intermedio antes de la formación del folículo permanente. (5,17,14,29,24,36,20)

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

TEORÍA DE REMANENTES DE LA LÁMINA DENTAL

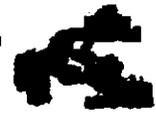
Los remanentes de la lámina dental pueden tener más de una proliferación, que si es capaz de penetrar en algún lugar o región en donde se les permita su desarrollo, se formará un órgano del esmalte, nuevo dando como resultado un supernumerario. (10,18,29,36)

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

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

FACTORES HEREDITARIOS

Los dientes supernumerarios tienen una gran predisposición hereditaria, ya que se ha observado que siguen un patrón familiar. Un supernumerario, puede encontrarse en la misma área dental entre la mayoría de los miembros de una familia en dos generaciones consecutivas. (5,7,17,36,24,29)



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



CLASIFICACIÓN

De acuerdo a etapa de desarrollo, morfología y localización podemos diferenciar a los dientes supernumerarios.

POR SU ETAPA DE DESARROLLO:

❖ DIENTES TEMPORALES

Hay varios tipos de supernumerarios temporales, estos se desarrollan al mismo tiempo que los dientes deciduos normales y la mayoría asemejan la forma de los dientes primarios. (20)

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

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

❖ DIENTES NATALES (fetales, congénitos o de dentición precoz)

Los dientes natales, se caracterizan por estar presentes en la cavidad oral al nacer, su forma es semejante a la de los dientes normales, pero generalmente son más pequeños, no tienen una forma radicular normal por lo que presentan mucha movilidad. La mayor parte de las veces son incisivos mandibulares. Se han reportado casos de ambos incisivos centrales o los cuatro incisivos mandibulares y erupcionados al momento de nacer.

Horton reportó un caso con seis dientes natales en el maxilar, se han reportado dientes natales en el área molar de la mandíbula. (1,20)



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

Se forman cuando la lámina dental presenta formaciones epiteliales a manera de lámina accesoria en su parte alta ocupando un sitio superficial en relación con el borde gingival, puede sufrir dentificación y construir una pieza con dentina pobre la cual está mal desarrollada y dura pocos días. (20)

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

❖ DIENTES NEONATALES

Los dientes neonatales son los que erupcionan durante el período del nacimiento y los treinta primeros días de vida. El tratamiento para estos dos tipos de entidades es observarlos y palparlos, si poseen movilidad que pueda ocasionar que el niño los pueda aspirar, es preferible extraerlos.

Otras indicaciones para extraerlos serían: si la madre es lastimada al momento de amamantar, si estos dientes provocan el retraso de la erupción de los dientes temporales o cuando el borde incisivo agudo del diente hiere la superficie de la lengua provocando ulceraciones; también se pueden modelar o cubrir los bordes cortantes del diente para proteger los tejidos blandos cuando el niño mama. (13,15,30)

Aproximadamente el 10% de los dientes natales y neonatales, son supernumerarios, mientras el 90% son dientes deciduos.



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

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

❖ DIENTES PERMANENTES

La presencia de dientes supernumerarios es más frecuente en la dentición permanente que en la primaria. Estos dientes pueden provenir de un germen de un diente permanente o de la prolongación de la lámina dental de un diente deciduo. (5,4,18,14,21,20,24)

POR SU MORFOLOGÍA

Primosch clasificó los dientes supernumerarios en:

❖ SUPLEMENTARIOS

Son los dientes supernumerarios con morfología normal o semejante a la de los dientes normales. Se les conoce como dientes eumórficos.

Se encuentran inmediatamente adyacentes al diente similar permanente o primario. (10,35)

Se cree que son resultado de una división del germen dental que produce dos dientes en vez de uno, los más frecuentes son los incisivos laterales superiores y el sitio más común de ocurrencia es distal al incisivo lateral. (29,17,34)

❖ RUDIMENTARIOS

Se caracterizan por tener una forma anormal y se pueden definir como dientes dismórficos.



Los dientes rudimentarios pueden tener diferentes formas y encontrarlos geminados, fusionados, cónicos, tuberculados, odontomas con forma de molar o de clavija.(10)

❖ CÓNICOS

Los dientes cónicos son los más comunes y se pueden encontrar en cualquier parte de los maxilares: pero el lugar en el que con mayor frecuencia se encuentran es en la línea media del maxilar (premaxila) en un 90%. A éste tipo de supernumerarios se les denominó "mesiodens". (24,35)

La forma es cónica, de pija o de clavija, se pueden encontrar en cualquier posición, ya sea verticales, horizontales o totalmente invertidos. Pueden tener distribución unilateral o bilateral. (10,17,35)

Billberg y Lind, en un estudio sobre 11,400 niños entre 7 y 15 años, encontraron mesiodens en 1.4%. Esta anomalía es más frecuente en los varones quienes además, presentan la raíz de los mismos mas largas.

❖ INVERTIDOS

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

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

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



❖ TUBERCULADOS

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

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

Foster y Taylor, observaron que el diente tuberculado presenta un desarrollo más tardío que el cónico, su formación radicular empieza más tarde que la de los incisivos centrales superiores. Se localizan en la zona superior palatina de los mismos, impidiendo su erupción. Se observan también en la región molar, en el maxilar superior, presenta un tamaño reducido y su morfología es atípica.

POR SU LOCALIZACIÓN:

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

❖ ÁREA INCISAL

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

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

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



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

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

❖ MESIODENS

El sitio más común de su localización es la región palatina de la premaxila de la línea media de la arcada superior pero puede encontrarse por vestibular o erupcionar normalmente por el proceso alveolar entre los incisivos centrales. Pueden tener distribución unilateral o bilateral, encontrarse en posición vertical, horizontal o invertida. (8.14.35)

De acuerdo con Politzer y Weinzenberg, los mesiodens se originan de remanentes de la lámina dental o de la lámina accesoria, la cual se desarrolla en la fase temprana de la formación dental. La lámina dental primaria es dividida o cortada por un septum de tejido conectivo, lo que promueve la separación del germen desarrollando posteriormente un mesiodens. (14)

❖ ÁREA CANINA

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

Todo esto nos sugiere una manifestación de hiperactividad del epitelio de la lámina dental del mismo canino: por lo mismo su baja prevalencia.(28)



❖ ÁREA DE PREMOLARES

Los premolares supernumerarios aparecen más frecuentemente en la mandíbula.

(36,28)

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

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

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

❖ ÁREA DE MOLARES

Los dientes supernumerarios en ésta región se denominan paramolares si se encuentra bucalmente al molar normal, y distomolares si se encuentra en el área retromolar o en posición de un cuarto molar. (10.14,28)

Los dientes supernumerarios que se encuentran entre las bifurcaciones o trifurcaciones de los molares son microdientes y se han llamado dientes accesorios linguales, interdentaes y/o interradiculares. Su forma generalmente es cónica o de clavija y algunas veces asemejan a los premolares.



SÍNDROMES ASOCIADOS

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

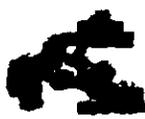
Disostosis Cleidocraneal

Este síndrome es también conocido como Displasia Osteodentinaria, Displasia Cleidocraneal, Disostosis Mutacional y Síndrome de Marie-Sainton. Es transmitida por el padre o la madre a su hijo, siguiendo un patrón mendeliano dominante. Su diagnóstico se basa en la ausencia de clavículas, cierre tardío de fontanelas y suturas hasta muy avanzada la vida del niño, retrusión del maxilar superior, subdesarrollo de los senos paranasales, paladar alto y estrecho y pseudoprognatismo. (16)

Las características dentales son: erupción retardada, raíces cortas, finas y deformadas, ausencia de cemento en las raíces de los dientes permanentes y numerosos dientes supernumerarios no erupcionados. Puede haber anodoncia parcial.

Síndrome de Gardner

En 1962 Gardner publicó su descripción sobre el Síndrome: el cual consiste en poliposis múltiple de colón, osteomatosis de huesos largos, cráneo y maxilares, quistes epidérmicos y sebáceos múltiples de la piel, particularmente en el pericráneo y en la espalda y fibromatosis.



El encuentra que puede incluirse una dentición anormal.

Las anomalías dentarias pueden ser múltiples dientes supernumerarios y permanentes sin erupcionar y caries múltiples. Por esto el Odontólogo no debe descartar la posibilidad de la presencia de Síndrome de Gardner al detectar osteomas o múltiples radiopacidades en las estructuras óseas al examinar las radiografías.(25)

Dentro de las manifestaciones clínicas principales encontramos tres síntomas: pólipos intestinales, osteomas y neoplasias en tejidos blandos. Este diagnóstico puede ser confirmado con las anomalías dentales y oftálmicas. (20,29)

Los pólipos aparecen antes de la pubertad y se generalizan al final de los 19 años. Los pólipos son múltiples y esparcidos colocándose en cualquier área del tracto gastrointestinal, principalmente en el colon distal. Los síntomas son diarrea (con sangre o mucosidad) y contracciones con dolor abdominal. Su tratamiento es la intervención quirúrgica.

Se pueden encontrar dientes supernumerarios individuales o múltiples así como hipercementosis. Más del 50% de los pacientes con Síndrome de Gardner presentan anomalías dentales, entre otros signos podemos encontrar cambios en el patrón del trabeculado óseo e impactación de dientes. (20,5,9,34)

Labio y Paladar Hendido

El paladar hendido representa un trastorno en la fusión de las protuberancias o crestas palatinas del maxilar superior. Su etiología es desconocida, se cree que puede ser por falta de fuerza en la unión, interferencia de la lengua o disparidad de tamaño de las partes afectadas. (20)

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



Dentro de los factores ambientales se encuentra el factor nutricional.

Otros factores sugeridos como posible causa de paladar hendido es aporte vascular deficiente en la zona afectada, perturbación mecánica de la lengua (en la cual la lengua por su gran tamaño, impide la unión de los dos procesos maxilares), sustancias como alcohol, drogas o toxinas e infecciones. (20)

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

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

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



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

El reborde fisurado habitualmente está en la zona entre incisivos laterales y el canino o entre el central y el lateral. Se puede encontrar con frecuencia alteración en las piezas dentales de esta región ya sea ausencia, de formación, desplazamiento o dientes supernumerarios. (20)

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

Las deformidades posteriores están situadas por detrás del agujero incisivo y se incluyen el paladar hendido secundario y la úvula hendida. (10,20)

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

SÍNDROMES MENOS FRECUENTES

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



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

El reborde fisurado habitualmente está en la zona entre incisivos laterales y el canino o entre el central y el lateral. Se puede encontrar con frecuencia alteración en las piezas dentales de esta región ya sea ausencia, de formación, desplazamiento o dientes supernumerarios. (20)

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

Las deformidades posteriores están situadas por detrás del agujero incisivo y se incluyen el paladar hendido secundario y la úvula hendida. (10,20)

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

SÍNDROMES MENOS FRECUENTES

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



Síndrome de Hurler

Los pacientes presentan retardo mental, hepatomegalia, puente nasal ancho, mordida abierta, lengua protrusiva, paladar profundo y angosto, dientes pequeños en forma de clavija y supernumerarios.

Su pronóstico es malo y suelen morir antes de los 10 años de edad. (9)

Síndrome de Hunter

Presenta síntomas como los del síndrome de Hurler pero menos severos. Su pronóstico de vida es favorable.

Síndrome de Geidion

Presentan dientes muy pequeños y frecuentemente supernumerarios principalmente en incisivos, paladar profundo y alto, hipoplasia del tercio medio de la cara, frente prominente, filtrum largo y orejas prominentes.



MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

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

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

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

La detección de dientes supernumerarios erupcionados es un procedimiento clínico fácil.

La presencia de un diente extra, clínicamente evidente se identifica como supernumerario. El tamaño atípico de una corona, su forma anómala o ambas puede también ayudar en la identificación de dientes supernumerarios. Un problema en la detección de estos casos puede ser cuando el diente es similar en tamaño y forma al diente adyacente a él. Además, si el diente erupciona en un área con suficiente espacio para acomodarlos sin apiñamiento, la detección puede ser confusa al realizar la examinación. Esto es especialmente difícil si el diente supernumerario erupciona en la dentición primaria junto a un incisivo maxilar lateral primario. (35)



❖ INSPECCIÓN

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

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

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

❖ PALPACIÓN

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

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

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Las radiografías, no sólo nos muestra la condición del diente primario o el desarrollo del diente permanente.



Es importante detectar un diente primario y/o permanente, para conservar en un futuro la salud oral, en ellas podemos observar las condiciones de la erupción temprana del diente primario o la ausencia del permanente, lo que requerirá una atención adecuada además podemos ver la reabsorción radicular asociada con la malposición dentaria, con lo que posiblemente requerirá una extracción.

Los dientes supernumerarios en áreas de premolares pueden desarrollarse unos años después de que los premolares han erupcionado y no son detectables por ningún método hasta que estén en estado tardío de desarrollo dental.

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

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

❖ **Técnica Oclusal (superior topográfica).**

Se debe colocar el plano oclusal superior del paciente paralelo al piso y el plano sagital vertical. El rayo "X" debe penetrar por los huesos propios de la nariz a 65 grados positivos. Si se va utilizar esta técnica para mandíbula, se coloca el rayo "X" en el mentón a 60 grados negativos, dirigiéndolo al centro de la placa. Se utiliza una placa radiográfica del número 2 para paciente pediátrico y una placa oclusal de 3x5 pulg; para adulto.



❖ Técnica de Clark.

Fue descrita en 1909 por Clark; es un método simple para determinar la relación entre objetos y hueso. Cuando se localiza un objeto centralmente en el hueso, no hay procedimiento clínico que indique si el objeto se localiza más hacia la porción bucal o hacia la lingual. Para la planeación del tratamiento, puede ser necesario localizar en forma más precisa la posición del objeto.

Tómese una imagen normal del objeto, luego una segunda imagen del objeto y dirijase el haz mas hacia la porción mesial o hacia la distal, el objeto bucal seguirá la dirección del haz.

La segunda toma puede hacerse también al dirigir el haz más hacia la parte superior o mas hacia la inferior. El objeto bucal seguirá la dirección del haz. En otras palabras, la segunda exposición se hace alterando la angulación horizontal o la vertical del haz. Al compararse la imagen normal con la segunda imagen, el objeto bucal se moverá en la misma dirección que el haz, el objeto lingual se moverá en dirección opuesta a la del haz. (12,3)

❖ Técnica de Ángulo Recto

Se utiliza para localizar objetos en la zona anterior del maxilar. La técnica consiste en dirigir el rayo "X" a una placa de tipo oclusal a 65 grados; obtendremos así la ubicación buco-lingual del cuerpo extraño al comparar la primera placa con otra tomada a 90 grados o con una placa oclusal colocada extraoralmente paralela al plano medio sagital de la cabeza y el rayo dirigido a 90 grados. Esta técnica también se puede utilizar en la región mandibular.(12)



❖ Panorámica (Ortopantomografía)

Es una proyección que nos da una imagen completa del maxilar y mandíbula que complementa el estudio intraoral, su gran ventaja es el amplio alcance en la visualización de los dientes, sus tejidos de soporte, y cualquier estructura u objeto extraño en un sentido transversal así como su relación con estructuras anatómicas adyacentes (seno maxilar, piso nasal y conducto dentario). (12)



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ODONTOMAS

Bland-Sutton ha definido, el odontoma, como un tumor compuesto de tejido dentario, en proporciones variadas y diferentes grados de desarrollo, tumores que proceden de los gérmenes dentarios, o de dientes todavía en proceso de crecimiento.

Gabel, James y Payne en 1914, concluyeron que los odontomas se derivan de las células que toman parte en el desarrollo dentario.

Shafer concluye, que el término odontoma, por su sola definición, se refiere a cualquier tumor de origen dental, sin embargo, por el uso vino a significar una proliferación en la cuál las células epiteliales y mesenquimatosas presentan diferenciación completa, como resultado de lo cual los ameloblastomas y odontoblastos forman esmalte y dentina, que pueden estar depositados de manera normal.

La etiología del odontoma es desconocida, se sugirió que un traumatismo o infección local puede conducir al desarrollo del mismo. El odontoma, puede ser descubierto a cualquier edad, en cualquier sitio del arco dentario. Se puede detectar en niños pequeños y llega a persistir en edad adulta. Suele ser pequeño y ocasionalmente su diámetro excede al de un diente, a veces se agranda y llega a expandir el hueso.

Los odontomas son el diagnóstico diferencial de los dientes supernumerarios.

El aspecto radiográfico del odontoma es característico, son asintomáticos clínicamente y se descubren por medio de la radiografía se localizan entre las raíces de los dientes y se presenta como una masa irregular, de material clasificado, rodeado por una banda radiolúcida estrecha con una periferia lisa.



MANEJO CLÍNICO Y COMPLICACIONES CLÍNICAS

Manejo clínico

No existe alguna técnica definida para la extracción de un diente supernumerario, sin embargo aplicamos el concepto de extracción por colgajo de Kinkey. El colgajo es una porción de mucosa sana, que desprendemos de sus adherencias naturales y levantamos con instrumentos especiales, para dejar al descubierto la parte de los maxilares y de los dientes, en las cuales vamos a intervenir. Este colgajo tiene formas y características propias para cada intervención, pero hay una indicación de orden general que debemos tomar en cuenta, una vez que se ha terminado de operar, el colgajo debe adaptarse a su posición original para proteger a las superficies en las cuales se ha intervenido. Este colgajo debe estar constituido por mucosa sana, con una irrigación adecuada, para que la cicatrización sea óptima.

La incisión para formar el colgajo, debe realizarse en un sentido tal que no corte ningún vaso sanguíneo, pues de lo contrario la cicatrización se retardaría y ocasionaríamos una dehiscencia ósea.

Los factores a considerar son:

- a) Las circunstancias y condiciones relacionadas con el diente que se va a extraer.
- b) Las circunstancias y condiciones relacionadas con el diente adyacente.
- c) Las circunstancias y condiciones a los tejidos y cavidades adyacentes.



COMPLICACIONES CLÍNICAS

Algunas de las complicaciones ocasionadas por los dientes supernumerarios son:

1. Retraso en la erupción.
2. Desplazamiento o rotación del diente adyacente.
3. Afecta la corona de los dientes adyacentes.
4. Diastemas o espacios prematuros cerrados.
5. Dilaceración o desarrollo anormal de la raíz del diente permanente.
6. Formación de quistes.
7. Erupción hacia la cavidad nasal.
8. Pérdida de la vitalidad del diente adyacente.
9. Malformaciones.

Kock, Modeér, Poulsen y Rasmussen en 1991, encontraron que los dientes supernumerarios en la dentición permanente causan con frecuencia trastornos en la erupción, como apiñamiento y desviaciones de los dientes normales, debido a esto, es necesario su extracción y en caso de ser supernumerarios suplementarios, se extrae el que presenta más alteraciones en cuanto a tamaño, forma o posición.

La presencia de un diente supernumerario la podemos detectar a edad temprana. Se ha reportado que los supernumerarios invertidos tienden a migrar a una posición superior, ocasionando que su corona se encuentre en dirección craneal, provocando dificultades para realizar su extracción quirúrgica, debido a la proximidad del diente adyacente.

Demmet en 1991, descubre, que desde el punto de vista clínico, los supernumerarios tuberculados, generan las mayores complicaciones por la dificultad de extraerlos y por los efectos adversos que provocan sobre los dientes adyacentes.



El retraso de la erupción de los dientes permanentes ocurre en un 56% de los casos, los supernumerarios, se sitúan entre los incisivos centrales y se ha asociado con la rotación y el desplazamiento de los dientes y muchas veces se encuentra sobrepuesto radiográficamente.

Los supernumerarios se orientan en la mayoría de los casos en forma vertical.

La relación entre la orientación y la posición del supernumerario asociado con el retraso en la erupción es más notorio en pacientes con tratamiento ortodóntico.

Se considera erupción retardada cuando:

Se ha retrasado cronológicamente seis meses en erupcionar, cuando uno o ambos laterales se encuentran más avanzados que los centrales en su erupción.

La relación que guardan los incisivos permanentes con los supernumerarios se basa en los siguientes parámetros:

- a) Posición y orientación normal.
- b) Rotación coronal del incisivo que es detectable radiográficamente.
- c) Desplazamiento mesial o distal del incisivo.

Fosare y Taylor realizaron un estudio basado específicamente en el tamaño y longitud de la raíz del diente supernumerario asociándolo con el retraso en la erupción del diente permanente, de 55 pacientes existe una significativa diferencia entre el supernumerario tuberculado y el cónico.

El tuberculado frecuentemente no erupciona y se asocia al retraso de la erupción.



Sauk en 1984, Magnusson y Presliden en 1985, describen que en un supernumerario localizado en la línea media puede condicionar retrasos en la erupción o desviaciones de los dientes vecinos, además de reabsorciones de la raíz del diente adyacente, incluso dar lugar a la formación de quistes foliculares, por lo que aprueban la extracción inmediata del supernumerario, una vez que ha erupcionado espontáneamente.

La intervención quirúrgica de un diente supernumerario es muy controversial. Una teoría nos indica que una vez que se ha detectado el retraso de erupción hay que realizar la cirugía. Otra advierte que se debe esperar a la formación de la raíz del diente adyacente.

La intervención temprana es preferible ya que induce a la erupción espontánea del diente permanente previniendo el espacio anterior, la línea media y un tratamiento ortodóntico preventivo. Si el diente supernumerario es extraído temporalmente, el diente impactado puede erupcionar sin necesidad de un tratamiento ortodóntico, esto sucede en un 75% de los casos.



TRATAMIENTO

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

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

❖ ESPERAR LA ERUPCIÓN Y ENTONCES EXTRAER

Es posible anticipar que los cónicos o los invertidos no erupcionen.

❖ EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA

Es preciso extraer la mayor parte de los cónicos invertidos y los tuberculados, así como los odontomas. El momento del tratamiento es controversial: Prismo (1981) estudió las ventajas y desventajas de la intervención temprana (antes de los 6 años de edad) y de la tardía (entre los ocho y 10 años).

La extracción precoz de un diente supernumerario brinda al diente normal en desarrollo una mejor oportunidad de erupcionar en su posición normal; por otro lado, durante la operación existe riesgo de lesionar los dientes contiguos en desarrollo. El aplazamiento del tratamiento puede motivar el desplazamiento o rotación del diente normal, y permitir que los vecinos migren al espacio conforme erupcionen.

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



MC Donald y Avery mencionan que un diente supernumerario no interfiere con la erupción simétrica de los dientes adyacentes y no hay evidencia de alguna formación quística, la decisión apropiada debe ser observar el diente hasta que el niño tenga la edad suficiente para tolerar la cirugía. Debe hacerse una revisión radiográfica de estos dientes supernumerarios no erupcionados periódicamente para detectar la posibilidad de complicaciones, como por ejemplo la formación de un quiste dentígero. La observación está indicada igualmente cuando el diente supernumerario tiene posibilidades de erupcionar por sí solo sin interferir con la erupción normal y con el desarrollo de la dentición existente, en estos casos el retraso facilitará su remoción, reduciendo el posible trauma, costo y riesgo. (35,27,13,36,21)

Herts establece que el tiempo de remoción de un supernumerario es crítico y que es mejor esperar a que los ápices de los dientes adyacentes se cierren para prevenir la desvitalización o alteraciones en su desarrollo radicular, aunque esto no siempre sea posible. También opina que un diente invertido se vuelve más difícil de remover si se le permite que migre más profundamente dentro del alvéolo, además que está asociado con lesiones quísticas y fístulas oro-nasales dentro de otras complicaciones. (21,20)

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

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



No existe alguna técnica definida para la extracción de un diente supernumerario, sin embargo aplicamos el concepto de extracción por colgajo o por medio de la técnica de Kinkey.

EXTRACCIÓN

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

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

Es muy importante tomar en cuenta los riesgos al intentar la extracción de supernumerarios pues tenemos el peligro de lastimar las raíces de los dientes adyacentes, gérmenes de piezas permanentes que aún no han erupcionado y el daño psicológico al niño muy pequeño. (27) La extracción simple consiste en realizar la sindesmotomía la aplicación del elevador recto siguiendo el eje longitudinal del diente supernumerario produciendo una acción de cuña. (11)

CIRUGÍA

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

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



Toda intervención quirúrgica consiste principalmente en 5 pasos:

- ❖ Elevación del colgajo mucoperióstico.
- ❖ Osteotomía y ostectomía para poder exponer el diente supernumerario.
- ❖ Extracción propiamente dicha.
- ❖ Tratamiento del lecho quirúrgico.
- ❖ Sutura.

REGIÓN PALATINA

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

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

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

Se procede a eliminar el saco dental y se curetea con cuidado el lecho permanente. Se vuelve a posicionar el colgajo en su lugar y se sutura con puntos aislados.

REGIÓN VESTIBULAR

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



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

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

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

Cuando el diente es relativamente inaccesible el acceso debe realizarse por los dos lados: vestibular y palatino.

A menudo la remoción de hueso se lleva acabo con un cincel aplicado con la presión manual y limitado al hueso que cubre al supernumerario, una vez expuesto el diente, se extrae con un elevador.

REGIÓN LINGUAL MANDÍBULAR

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

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



Se forma un conducto con una fresa quirúrgica del lado bucal hacia el lado lingual, hasta tocar la corona del diente supernumerario, la cual se expone por lingual con fresa quirúrgica. Se pasa un instrumento como a través del canal hasta tocar la corona del diente supernumerario y se empuja para que salga de su cripta ósea.

Se elimina el saco dental y se curetea con mucho cuidado. Se reposicionan ambos colgajos en su lugar y se suturan.

REGIÓN VESTIBULAR MANDIBULAR

La técnica consiste en realizar una incisión contorneante con doble liberatriz, se desplaza el colgajo mucoperiostico, y una vez denudado el hueso se hacen perforaciones sobre el hueso que cubre la corona de la pieza por extraer, se unen las perforaciones con un cincel o con fresa quirúrgica.

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

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

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



COMPLICACIONES DE LA REMOCIÓN QUIRÚRGICA

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

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

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

- ❖ Daño al diente adyacente en formación, lo que puede producir pérdida de la vitalidad o malformación de éste.
- ❖ Impactación del diente supernumerario a seno maxilar fosas nasales y tuberosidad.
- ❖ Daño a estructuras anatómicas adyacentes como serían nervios, vasos etc.

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

- ❖ Luxación de piezas adyacentes.
- ❖ Pérdida de la sensibilidad de piezas adyacentes.
- ❖ Fractura del diente supernumerario.
- ❖ Dolor.



COMPLICACIONES POR PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS

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

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

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



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

Al no erupcionar los dientes supernumerarios, pueden degenerar en quistes dentígeros derivados del diente sin erupcionar, o primordiales derivados del saco dentario y resorción patológica de las raíces de los dientes adyacentes con el subsecuente daño pulpar. En un estudio realizado por Stafne, el 5.5% de los dientes supernumerarios se degeneraron en quistes. (33,34)

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

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

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

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



Sauk en 1984, Magnusson y Presliden en 1985, describen que un supernumerario localizado en la línea media puede considerar retrasos en la erupción o desviaciones de los dientes vecinos además de reabsorciones de la raíz del diente adyacente, incluso dar lugar a la formación de quistes foliculares, por lo que aprueban la extracción inmediata de supernumerario, una vez que ha erupcionado espontáneamente.



OBJETIVO GENERAL

Identificar el comportamiento clínico- radiográfico de los dientes supernumerarios así como su frecuencia de aparición y su tratamiento quirúrgico a seguir en los pacientes contemplados que acuden a la clínica Multidisciplinaria Zaragoza durante el periodo comprendido del 01 de agosto de 1998 al 20 de abril de 1999.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar la frecuencia de aparición de dientes supernumerarios de acuerdo a edad y sexo en los pacientes que acuden a la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.
- ❖ Observar la zona anatómica más frecuente, en la que se presentan los dientes supernumerarios.
- ❖ Identificar la forma anatómica más frecuente que presentan los dientes supernumerarios.
- ❖ Identificar las patologías dentales y sistémicas más frecuentes asociadas a los dientes supernumerarios.
- ❖ Determinar el tratamiento quirúrgico a seguir de acuerdo a la clasificación de los dientes supernumerarios.



DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO.-

Observacional, Retrolectivo, Transversal y Descriptivo.

2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.-

Pacientes de ambos sexos y diferentes edades con dientes supernumerarios que acuden a la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN.-

Del 1 de agosto de 1998 al 20 de abril de 1999.

4. VARIABLES.-

CUALITATIVAS NOMINAL	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
❖ Sexo	Características fenotípicas del sujeto.	Masculino, femenino
❖ Dientes Supernumerarios	Presentación de los dientes supernumerarios en cavidad bucal.	Unicos, dobles, triples y múltiples.
❖ Sitio de localización	Ubicación de los dientes supernumerarios en cavidad oral.	Premaxila. Paramolares, Postmolares.
❖ Clasificación	Forma y tamaño de los dientes supernumerarios.	Suplementarios, rudimentarios. No erupcionado, parcialmente erupcionado, erupcionado.
❖ Signos Clínicos	Datos que se obtienen a la inspección y palpación de la zona donde se detecta la presencia del diente supernumerario.	Tumefacción y Cambio de coloración.
❖ Signos Radiográficos	Datos que el auxiliar de diagnóstico radiográfico proporciona en relación al diente supernumerario.	Imagen radiopaca o radiolúcida en relación al diente supernumerario.



CUANTITATIVAS	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
❖ Edad	Edad cronológica que informe el sujeto.	Edad actual.
❖ Tratamiento de Dientes Supernumerarios	Forma quirúrgica en que se realiza la Intervención quirúrgica.	Extracción a colgajo, ostectomía, odontosección y Banco de raíces.

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes de ambos sexos y diferentes edades que acudieron a solicitar consulta odontológica y fueron canalizados al servicio de Cirugía bucal y Maxilofacial de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, con diagnóstico de diente supernumerario, pacientes con patología sistémica asociada a dientes supernumerarios, bajo control médico.

6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes de ambos sexos y diferentes edades que acudieron al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, que no presenten dientes supernumerarios y pacientes con dientes supernumerarios y compromiso sistémico no controlado.

7. TÉCNICA E INSTRUMENTOS:

Se registrará a cada uno de los pacientes que al examen radiográfico exista hallazgo de un diente supernumerario y requiera Cirugía Bucal los días Lunes y Martes, en las actividades de Clínica Integral y los días Jueves y Viernes en los grupos 1704 y 1705, del turno matutino en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

Cada paciente tiene su ficha de registro personal, (**Anexo 1**), la cual contiene los siguientes datos:



- ❖ Ficha de identificación.
- ❖ Motivo de la consulta.
- ❖ Datos clínicos.
- ❖ Sintomatología.
- ❖ Alteración sistémica.
- ❖ Localización.
- ❖ Datos radiográficos.
- ❖ Clasificación de dientes supernumerarios.
- ❖ Diagnóstico clínico.
- ❖ Complicaciones de la retención.
- ❖ Diagnóstico definitivo.

Los pacientes podrán ser atendidos por dos pasantes del Servicio Social de Cirugía Bucal y Maxilofacial en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza previa aceptación del Asesor de este proyecto.

8. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se procederá a hacer la recopilación de la información los días jueves y viernes, en el turno matutino al término de las Cirugías Bucles como tratamiento a dientes supernumerarios en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza a partir del mes de agosto de 1998 hasta abril de 1999, utilizando fichas de registro personal y radiografías detectando con esto a un diente supernumerario asociado o no a una patología y proponiendo el tratamiento adecuado.

9. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Los datos obtenidos se registrarán en el cuadro de concentración de datos (**Anexo 2**), el cual contiene los siguientes datos:

- ❖ Número de ficha.
- ❖ Edad.
- ❖ Sexo.

-
- 
- ❖ Localización.
 - ❖ Ubicación.
 - ❖ Presentación.
 - ❖ Clasificación.
 - ❖ Accidentes de erupción.
 - ❖ Signos clínicos.
 - ❖ Signos radiográficos.
 - ❖ Complicaciones

10. DISEÑO ESTADÍSTICO:

Se obtendrán porcentajes y promedios de las diferentes variables.

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizarán tablas, gráficas de barra y pastel además de una discusión en cada resultado.

12. RECURSOS:

HUMANOS

- ❖ Dos pasantes de la carrera de Cirujano Dentista del área de Cirugía Maxilofacial.
- ❖ Pacientes con Dientes Supernumerarios.
- ❖ 1 Director de Tesis.

MATERIALES

- ❖ Historia clínica del paciente y ficha de registro personal.
- ❖ Equipo Básico para Diagnóstico.



- ❖ Equipo Quirúrgico para Cirugía Menor: Mango de bisturí N.3, hoja de bisturí No. 15, 1 legra, 1 separador de Austin, 1 separador Bishop, 1 fresa quirúrgica de bola No. 8, 1 fresa quirúrgica de fisura No. 702, 1 elevador recto No. 301 y 304, elevadores de bandera izquierdo – derecho, 1 cucharilla de lukas, 1 lima para hueso, sutura seda 3-0, 1 jeringa asepto, 2 riñoneras y 1 pinzas Addson.
- ❖ Papel, lápiz, goma
- ❖ Cámara Fotográfica para diapositivas
- ❖ Radiografías Periapicales, Oclusales y Panorámicas.

FÍSICOS

Instalaciones de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

- ❖ Área de Cirugía Bucal.
- ❖ Área de Operatoria Dental.
- ❖ Área de Patología Bucal.
- ❖ CEyE.
- ❖ Caja.
- ❖ Archivo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1998 – 1999.

ACTIVIDADES	MESES	AGOSTO				SEPTIEMB RE				OCTUBR E				NOVIEM BRE				DICIEMB RE				ENERO				FEBRER O				MARZO				ABRIL			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	SEMAN AS																																				
SELECCIÓN DEL TÍTULO		❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖																												
APROBACIÓN DEL TÍTULO							❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖																							
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO										❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖																
SELECCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS		❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
ANÁLISIS DE RESULTADOS																		❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
REVISIÓN FINAL																																					



PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



TABLA Y GRÁFICA 1

PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIENTES SUPERNUMERARIOS POR EDAD Y SEXO, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA, DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999

EDAD	TOTAL	%	F	%	M	%
5-10	11	36	8	26	3	10
11-15	9	29	3	10	6	19
16-20	2	6	1	3	1	3
21-25	5	16	3	10	2	6
26-30	3	10	3	10	0	0
31-35	1	3	1	3	0	0
TOTAL	31	100	19	62	12	38

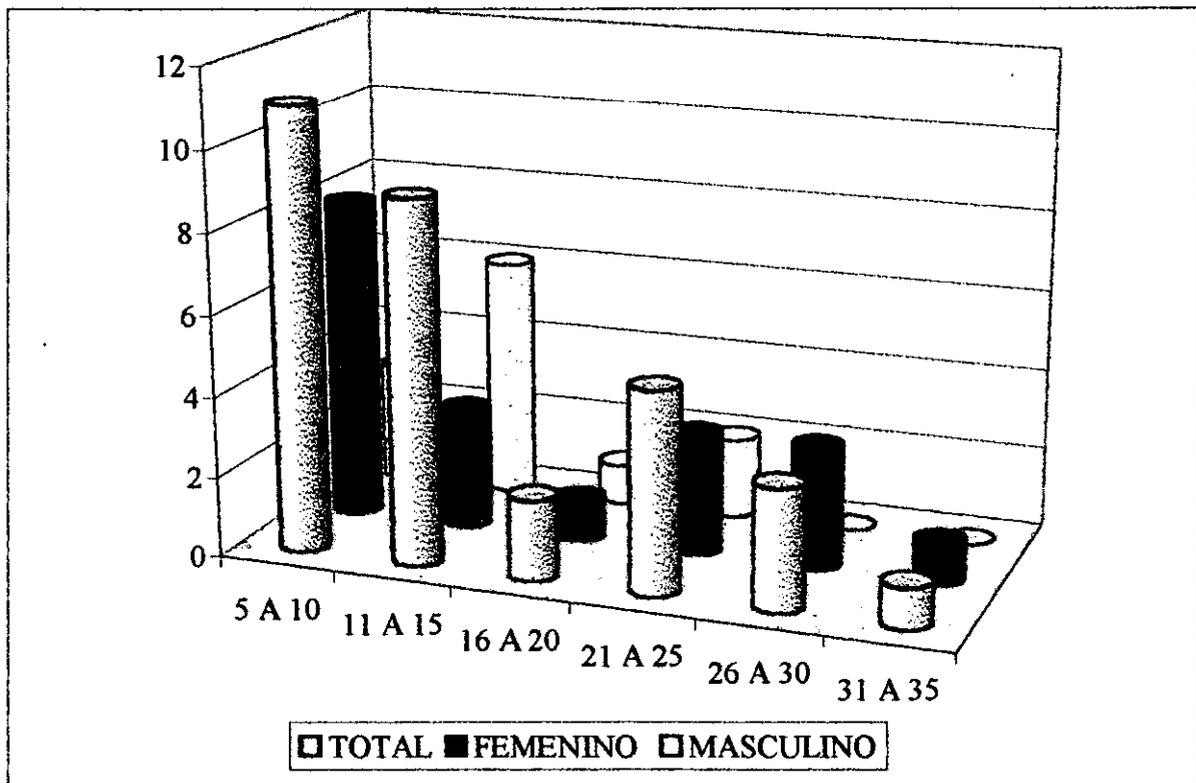




TABLA Y GRÁFICA No. 2

CUANTIFICACIÓN Y PORCENTAJE DE PACIENTES DE ACUERDO AL MOTIVO DE CONSULTA, DE DIENTES SUPERNUMERARIOS ATENDIDOS DEL 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999, EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

MOTIVO DE CONSULTA	TOTAL	%	F	%	M	%
Exodoncia del Tercer molar	7	18	4	10	3	8
Tratamiento Ortodóntico	23	59	13	33	10	26
Operatoria Dental	9	23	6	15	3	8
TOTAL	39	100	23	58	16	42

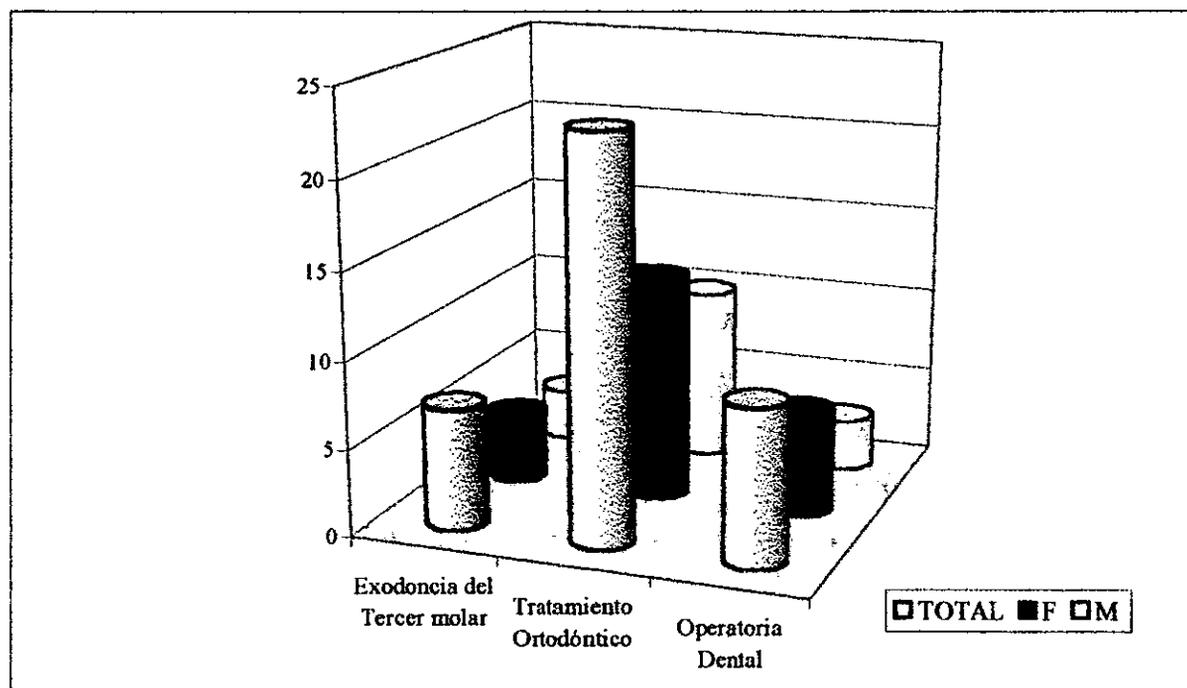




TABLA Y GRAFICO No. 3

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN CUANTO AL SITIO DE LOCALIZACIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

LOCALIZACIÓN	TOTAL	%	F	%	M	%
Maxilar Superior	24	71	16	47	8	23
Maxilar Inferior	10	29	3	9	7	21
TOTAL	34	100	19	56	15	44

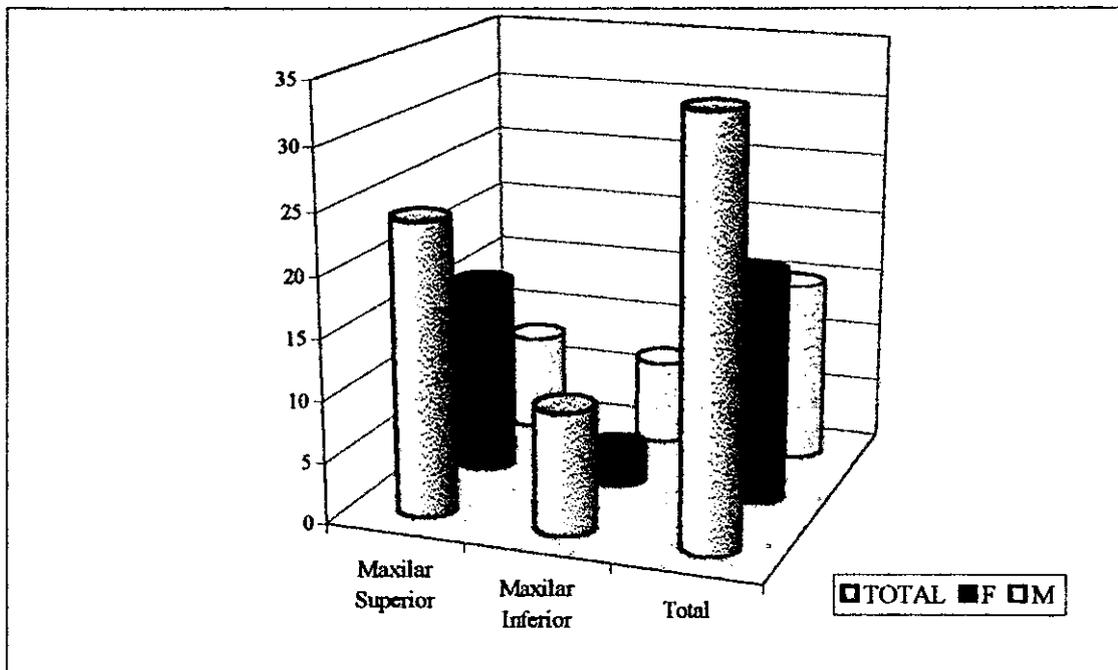




TABLA Y GRAFICO No. 4

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN CUANTO A LA ZONA DE UBICACIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

ZONA DE UBICACION	TOTAL	%	F	%	M	%
Zona Anterior	24	68	15	43	9	26
Zona de Premolares	9	26	3	8	6	17
Zona de Molares	2	6	2	6	0	0
TOTAL	35	100	20	57	15	43

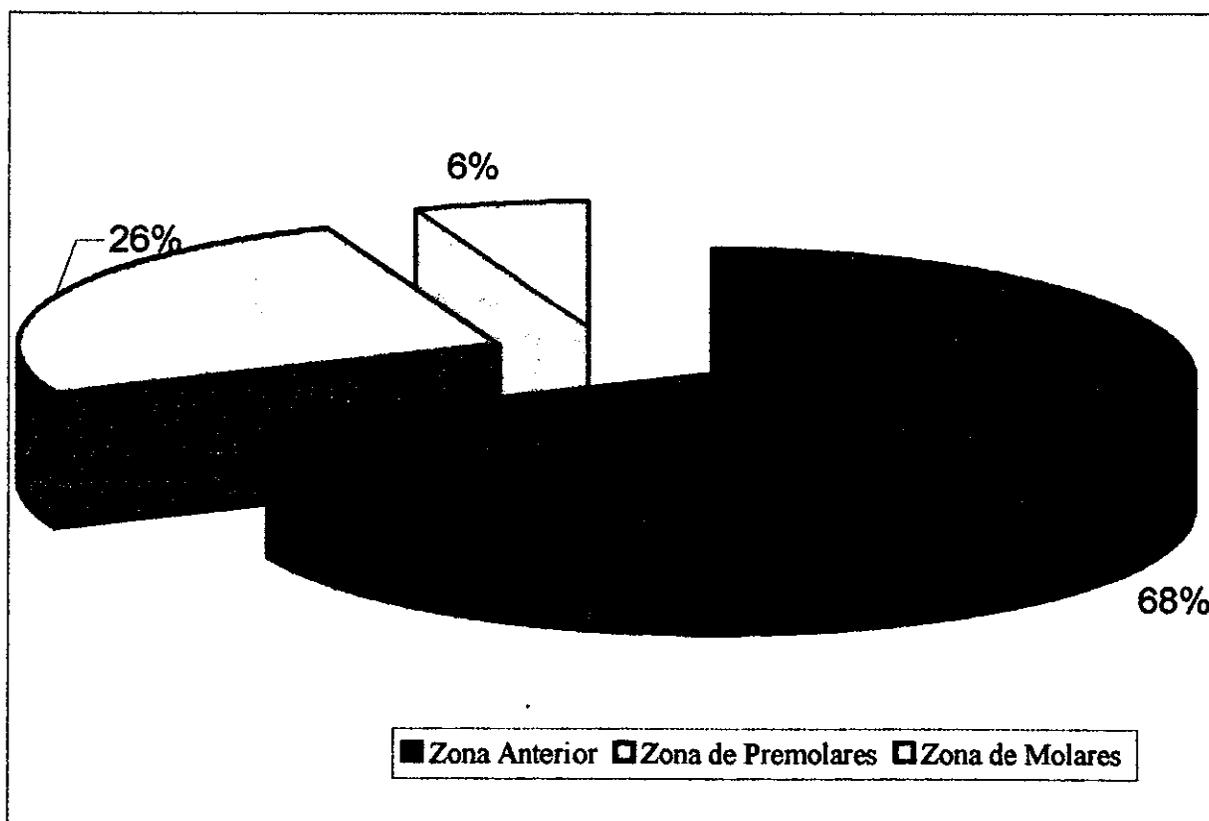




TABLA Y GRAFICO No. 5

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACUERDO A LA PRESENTACION DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

PRESENTACION	TOTAL	%	F	%	M	%
Únicos	26	84	16	52	10	32
Dobles	3	10	1	3	2	6
Triples	1	3	0	0	1	3
Múltiples	1	3	1	3	0	0
TOTAL	31	100	18	58	13	41

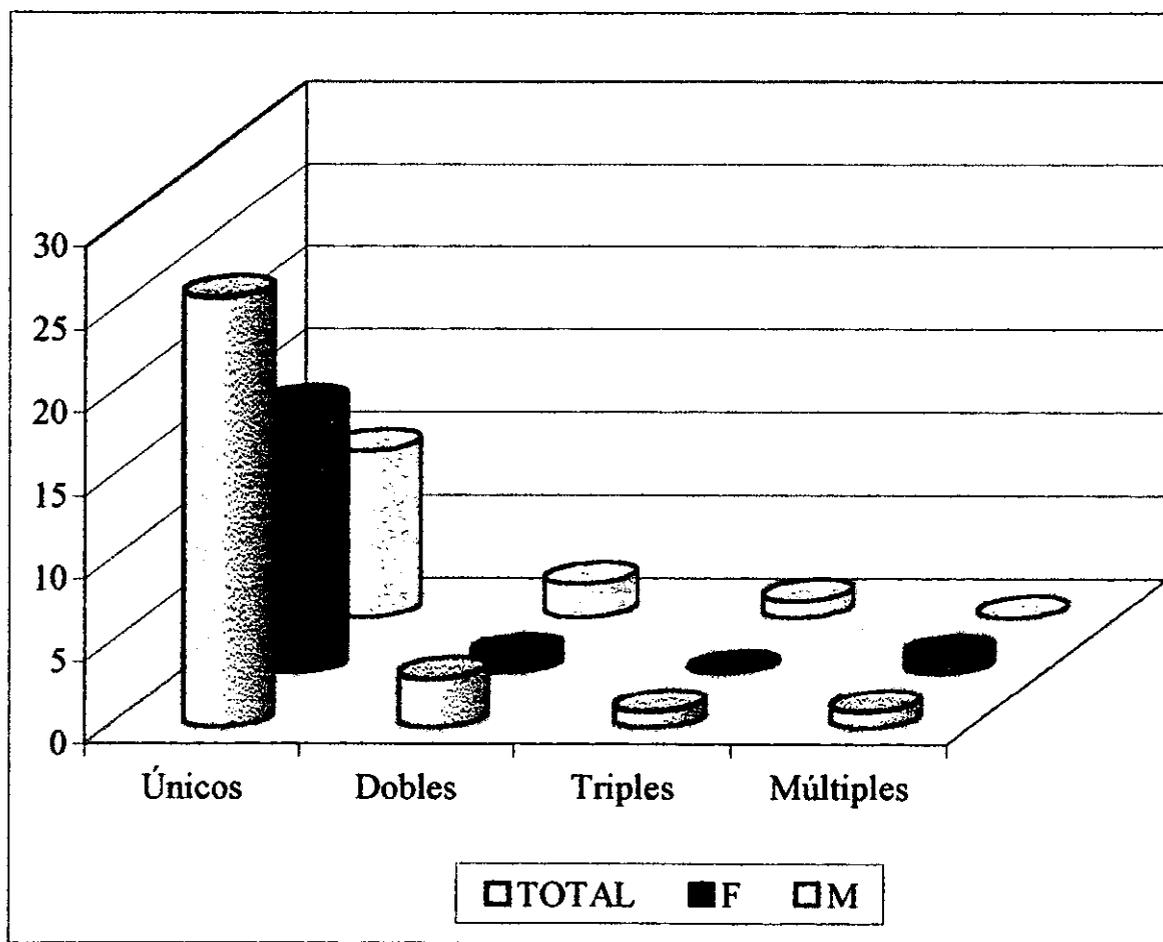




TABLA Y GRAFICO No. 6

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACUERDO A SU ETAPA DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

ETAPA DE ERUPCIÓN	TOTAL	%	F	%	M	%
No Erupcionado	26	84	16	52	10	32
Parcialmente Erupcionado	1	3	1	3	0	0
Erupcionado	4	13	1	3	3	10
TOTAL	31	100	18	58	13	42

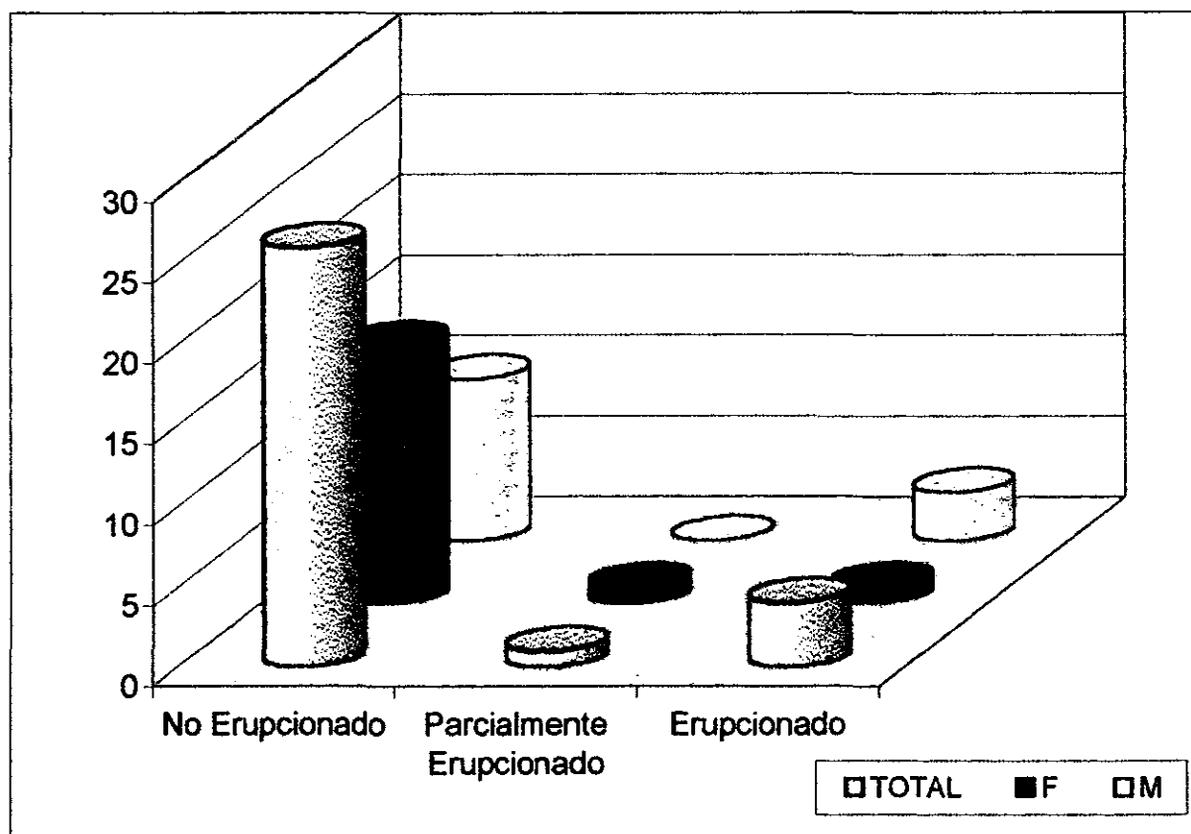




TABLA Y GRAFICO No. 7

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

CLASIFICACIÓN	TOTAL	%	F	%	M	%
Suplementarios ó Eumórficos	2	6	1	3	1	3
Rudimentarios ó Atípicos	34	94	18	50	16	44
TOTAL	36	100	19	53	17	47

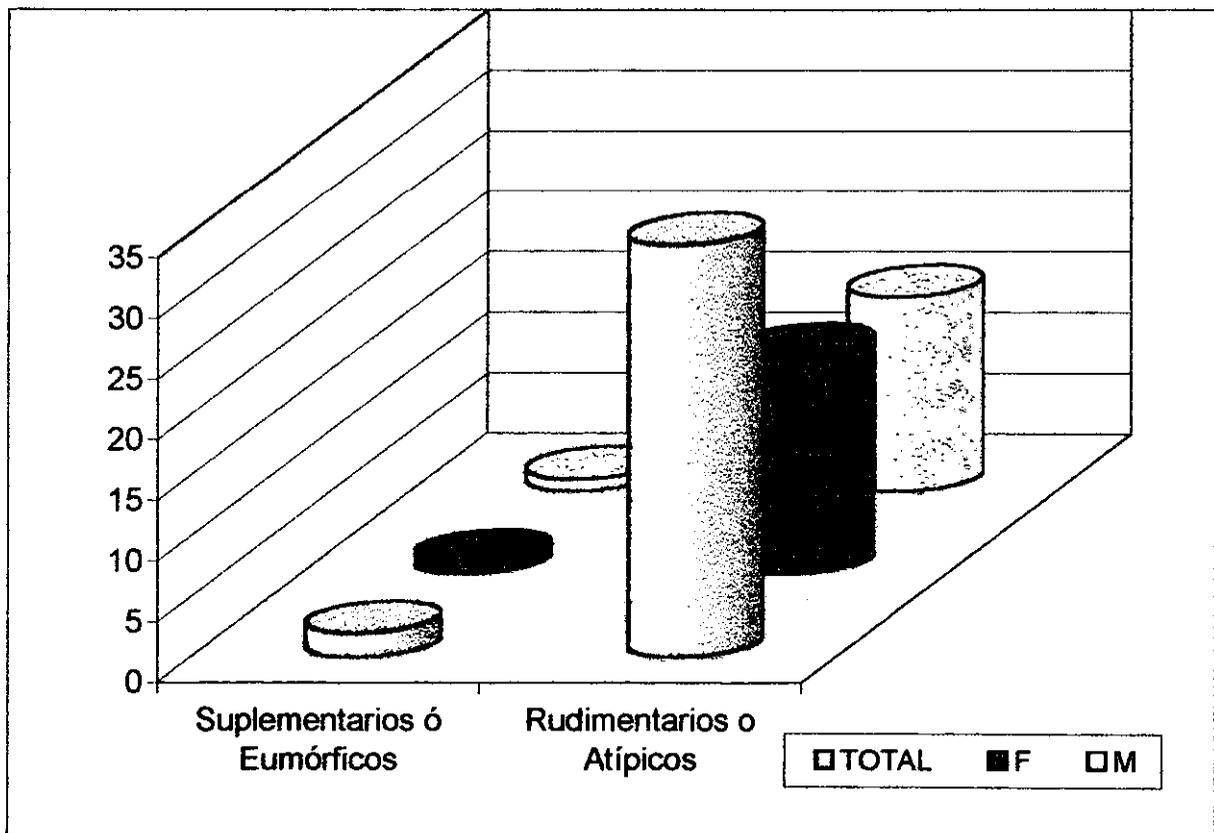




TABLA Y GRAFICO No. 8

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN CUANTO A LOS ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

ACCIDENTES DE ERUPCIÓN	TOTAL	%	F	%	M	%
Maloclusión	16	42	7	18	9	24
Desplazamiento de dientes vecinos	4	11	3	8	1	3
Retención de dientes permanentes	7	18	4	10	3	8
Diastemas	10	26	6	16	4	10
Reabsorción Radicular	1	3	1	3	0	0
TOTAL	38	100	21	55	17	45

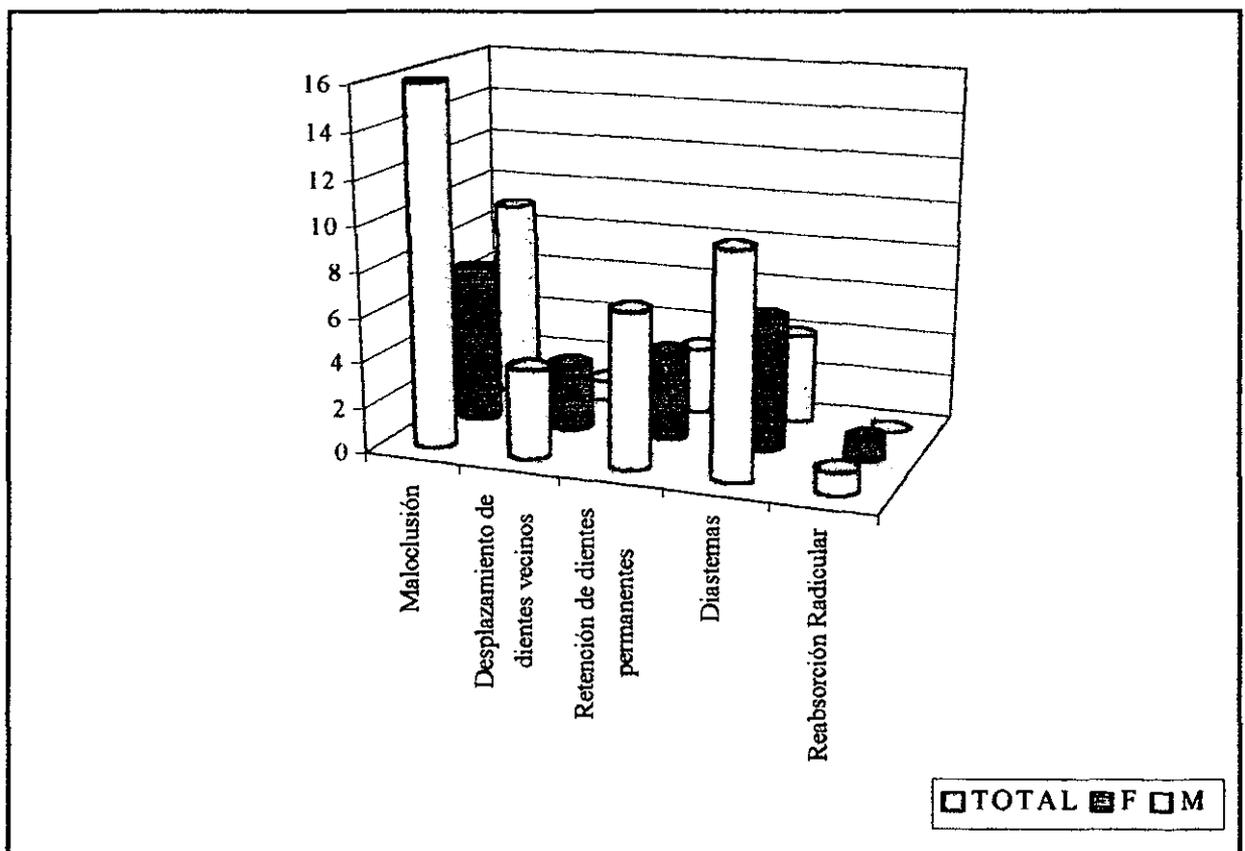




TABLA Y GRAFICO No. 9

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS CON DATOS CLÍNICOS DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

DATOS CLÍNICOS	TOTAL	%	F	%	M	%
Aumento de Volumen	17	71	12	50	5	21
Cambio de Coloración	7	29	6	25	1	4
TOTAL	24	100	18	75	6	25

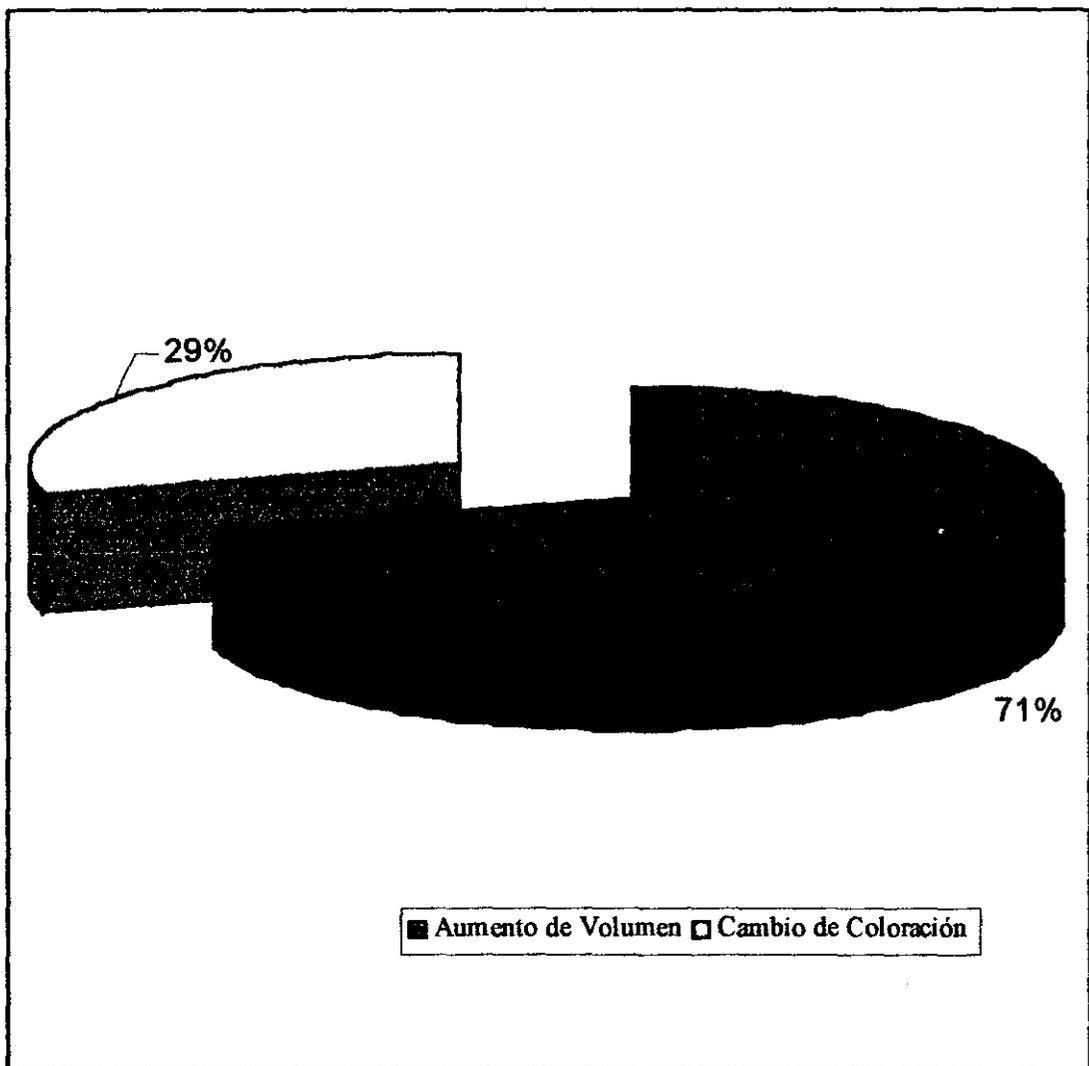




TABLA Y GRAFICO No. 10

**PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS CON SIGNOS
RADIOGRÁFICOS ASOCIADOS A LOS DIENTES
SUPERNUMERARIOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998
AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA
ZARAGOZA**

SIGNOS RADIOGRÁFICOS	TOTAL	%	F	%	M	%
Lesión Radiolúcida	11	92	9	75	2	17
Resorción Radicular Externa	1	8	1	8	0	0
TOTAL	12	100	10	83	2	17

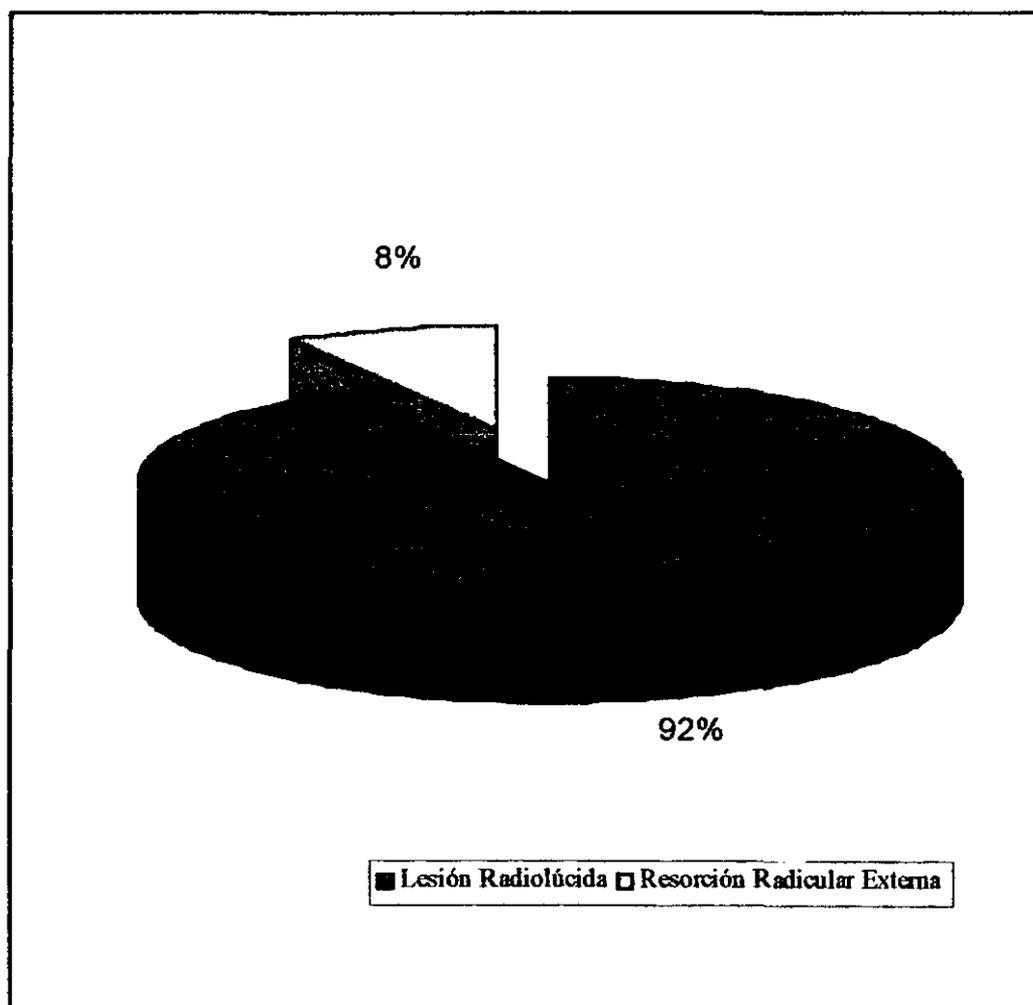




TABLA Y GRAFICO No. 11

PORCENTAJE DE DIENTES SUPERNUMERARIOS CON TRATAMIENTO DE EXTRACCIÓN SIMPLE Y EXTRACCIÓN A COLGAJO ATENDIDOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

TRATAMIENTO	TOTAL	%	F	%	M	%
Extracción Simple	1	3	1	3	0	0
Extracción a Colgajo	30	97	17	55	13	42
TOTAL	31	100	18	58	13	42

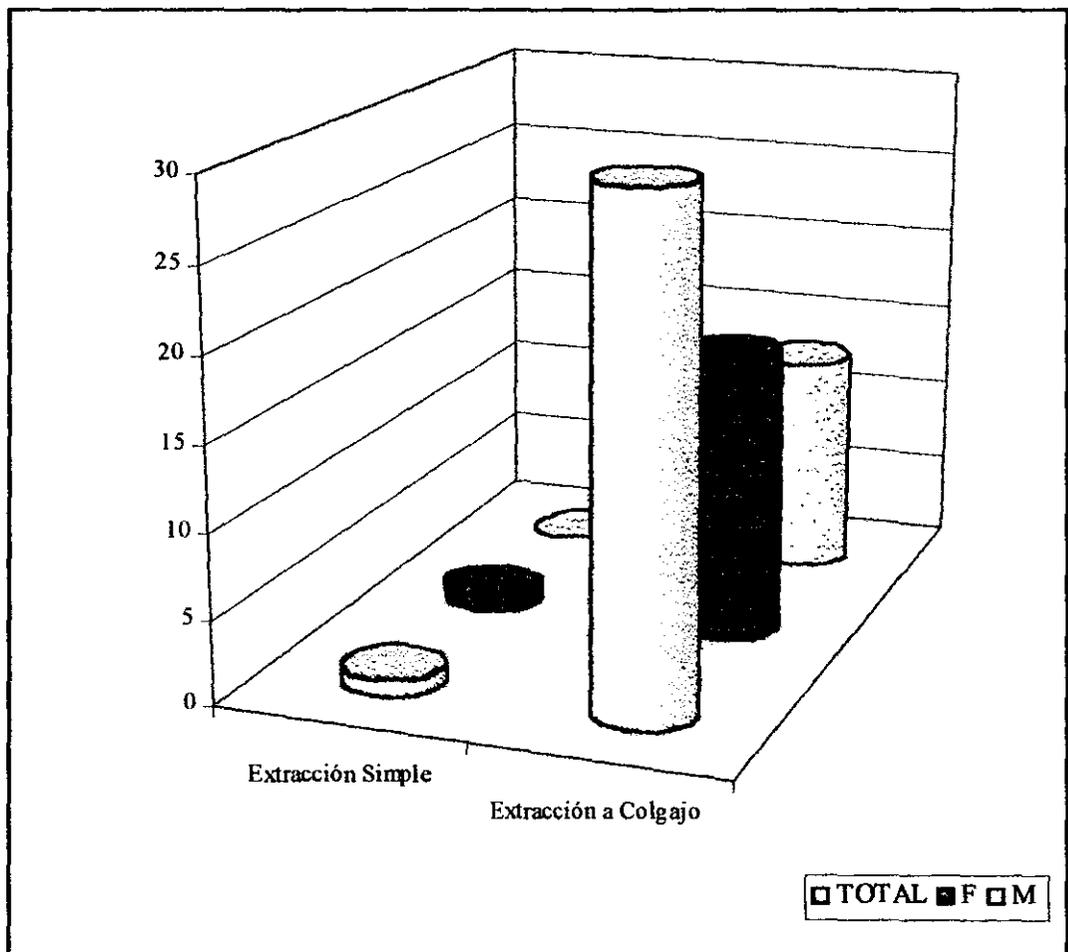
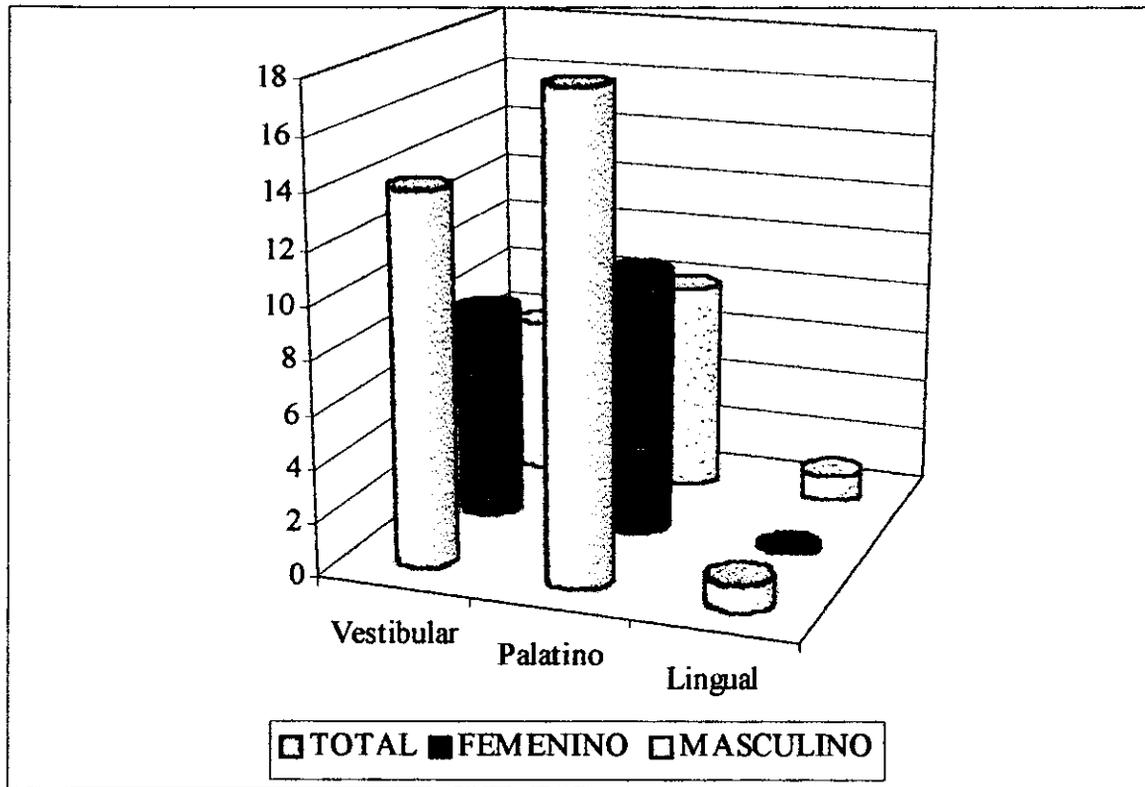




TABLA Y GRAFICO No. 12

PORCENTAJE DEL TIPO DE ACCESO EN LA EXTRACCIÓN A COLGAJO DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PERIODO DE 01 DE AGOSTO DE 1998 AL 20 DE ABRIL DE 1999 EN LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

TIPO DE ACCESO	TOTAL	%	F	%	M	%
Vestibular	14	42	8	24	6	18
Palatino	18	55	10	30	8	24
Lingual	1	3	0	0	1	3
TOTAL	33	100	18	54	15	45



**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



ANALISIS DE RESULTADOS



TABLA Y GRÁFICA 1.

PACIENTES REGISTRADOS SEGÚN EDAD Y SEXO

De acuerdo a los datos obtenidos según edad y sexo un predominio de pacientes cuya edad fluctúa entre los 5 a 10 años, correspondiendo un 26% para el sexo femenino y 10% para el sexo masculino.

En segundo lugar lo ocupan los pacientes de 11 a 15 años de edad, con un 10% para el sexo femenino y 19% para el sexo masculino.

El tercer lugar lo ocupan los pacientes de 16 a 20 años de edad, con un 3 % correspondiendo a ambos sexos.

El cuarto lugar lo ocupan los pacientes de 21 a 25 años de edad, con un 3% para el sexo femenino y 2% para el sexo masculino.

El quinto lugar, lo ocupan los pacientes femeninos de 26 a 30 años de edad, con un 3%.

El sexto lugar, lo ocupan los pacientes femeninos de 31 a 35 años de edad con un 1%.

Estos resultados indican que el mayor número de dientes supernumerarios se presentan en la población niñez-adolescente. Predominando en la población niñez el sexo femenino y en la etapa adolescente el sexo masculino.

El diagnosticar a temprana edad la presencia de dientes supernumerarios, previene la aparición de patologías y accidentes de erupción ocasionados por el mismo.



TABLA Y GRÁFICA 2.

PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN MOTIVO DE LA CONSULTA.

El tratamiento ortodóntico fue el motivo de consulta con mayor porcentaje, con un 59% total, correspondiendo 33% para el sexo femenino y 26% para el sexo masculino; el segundo lugar es para consultas de operatoria dental, con un 23%, que corresponde un 15% para el sexo femenino y 8% para el sexo masculino; el tercer lugar es para la exodoncia del tercer molar con un total de 18%, con un 10% para el sexo femenino y 8% para el masculino.

Esto nos da un panorama de que el paciente acude a tratamiento ortodóntico y al realizar sus estudios radiográficos de rutina se detecta la presencia de un diente supernumerario siendo remitido al área de Cirugía Bucal y Maxilofacial en el cual se realiza el tratamiento para así continuar con éxito la rehabilitación.

TABLA Y GRÁFICA 3.

SITIO DE LOCALIZACIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

En cuanto al sitio de localización de los dientes supernumerarios, se observó que existe un mayor predominio por el maxilar superior; obteniéndose un porcentaje total de 71%, correspondiendo el 47% para el sexo femenino y 23% para el sexo masculino; así mismo para el maxilar inferior se obtuvo un porcentaje total de 29% correspondiendo 9% para el sexo femenino y 21% para el sexo masculino.

Con todo lo anterior podemos comprobar que los resultados obtenidos coinciden con la bibliografía presentada en este trabajo.



TABLA Y GRÁFICA 4.

ZONA DE UBICACIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS.

En cuanto a los datos obtenidos el mayor porcentaje corresponde a la zona anterior con un 68% en total, presentando un 43% para el sexo femenino y un 26% para el sexo masculino, el segundo rubro lo ocupa la zona de premolares con un 26%, correspondiendo el 8% para el sexo femenino y un 17% para el sexo masculino, seguido por un 6% para el sexo femenino en la zona de molares.

Podemos determinar que los dientes supernumerarios predominan en mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar superior, siendo esto comprobable con la bibliografía consultada.

TABLA Y GRÁFICA 5.

PRESENTACIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS.

De acuerdo al número de dientes supernumerarios que se presentan en cavidad oral encontramos un 84% total para dientes únicos, correspondiendo un 52% para el sexo femenino y un 32% para el sexo masculino, el segundo lugar lo ocupan los dientes dobles con un 3% para el sexo femenino y 6% para el sexo masculino, el tercer lugar le corresponde a dientes triples con un 3% para el sexo masculino únicamente; el cuarto lugar es para los dientes múltiples con un 3% para el sexo femenino.

Los dientes supernumerarios aparecen con mayor frecuencia en forma única siendo el sexo femenino el más afectado, en la presentación de forma triple encontramos al sexo masculino.

Dándonos esto un dato fidedigno y comprobable según los estudios realizados anteriormente.



TABLA Y GRÁFICA 6.

ETAPA DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Los dientes supernumerarios que se presentan con un 84% en su totalidad en forma no erupcionado siendo este un 52% para el sexo femenino y un 32% para el sexo masculino; para los dientes parcialmente erupcionados se encuentran en un 3% para el sexo femenino siendo éste el único que lo presentó; encontramos a los dientes supernumerarios erupcionados con un 13%; siendo el 3% para el sexo femenino y el 10% para el sexo masculino.

TABLA Y GRÁFICA 7.

CLASIFICACIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Basados en los datos obtenidos, los dientes supernumerarios se presentan en cavidad oral de forma atípica ó rudimentaria con un 94%, correspondiendo el 50% al sexo femenino y 44% al sexo masculino, mientras que los dientes suplementarios o eumórficos se presentaron en un 6% correspondiendo un 1% al sexo femenino y un 3% al sexo masculino.



TABLA Y GRÁFICA 8.

ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

En lo que corresponde a los accidentes de erupción de los dientes supernumerarios se encontró que de un total de 31 casos atendidos 16 de ellos reportaron maloclusión con un 42%, correspondiendo un 18% para el sexo femenino y 24% para el sexo masculino; así mismo, un 26% presentó diastemas con un 16% para el sexo femenino y 10% para el sexo masculino; el orden de frecuencia del resto de los accidentes de erupción queda como sigue: retención de dientes permanentes con 7 casos (18%), desplazamiento de dientes vecinos con 4 casos (11%) y reabsorción radicular con un caso (3%), es importante resaltar que algunos pacientes presentaron accidentes de erupción en conjunto.

TABLA Y GRÁFICA 9.

DATOS CLÍNICOS DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

En relación a los datos clínicos el aumento de volúmen aparece con un total de 71%, repartido en un 50% para sexo femenino y 21% para el sexo masculino, el cambio de coloración aparece con un 29%, repartido en un 25% para sexo femenino y un 4% para el sexo masculino.



TABLA Y GRÁFICA 10.

SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS.

En lo que corresponde a los signos radiográficos de los dientes supernumerarios, observamos que el mayor porcentaje correspondió a la lesión radiolúcida en relación al órgano dentario (diente supernumerario), con un total de 92% del cual un 75% corresponde al wsexo femenino y 17% al sexo masculino, la resorción radicular se presentó con un 8%, siendo este un porcentaje únicamente para el sexo femenino.

TABLA Y GRÁFICA 11.

TRATAMIENTOS REALIZADOS DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Con respecto al tratamiento quirúrgico empleado para los dientes supernumerarios, encontramos que el mayor porcentaje fue para el tratamiento convencional de extracción a colgajo con un 97% en su totalidad y para la extracción simple con un 3%.



TABLA Y GRÁFICA 12.

TIPO DE ACCESO EN LA EXTRACCIÓN A COLGAJO DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Con respecto al tipo de acceso en la extracción a colgajo de los dientes supernumerarios, a la región vestibular le corresponde un 42%, distribuido con un 24% para el sexo femenino y 18% para el sexo masculino, en la región palatina con un 55% en total, repartido en un 30% para el sexo femenino y 24% para el sexo masculino; mientras que la región lingual con un 3% únicamente para el sexo masculino.



CONCLUSIONES

Es importante conocer las diferentes patologías que se presentan en los pacientes infantiles, tal como son los dientes supernumerarios. Teniendo como base que la naturaleza de dicha anomalía depende en alto grado de la etapa embriológica del desarrollo dentario, cavidad bucal y cara; en donde se ven afectadas las diferentes etapas de formación, dando como consecuencia dicha alteración.

Algunos autores como Humerfelt, han realizado estudios de investigación sobre dientes supernumerarios, él reportó que la mayoría de los dientes supernumerarios se detectan en la primera dentición. En este trabajo de investigación encontramos que la gran mayoría de casos de supernumerarios se diagnosticaron en la dentición mixta con un 65% y en la permanente con un 35%.

Brook y Shah, encuentran que el sexo masculino es el más afectado con respecto al sexo femenino. En esta investigación el sexo femenino es el más afectado con 19 casos y el sexo masculino con 12 casos de 31 pacientes.

Shafer, concluye en su literatura, que la localización de los supernumerarios por orden de importancia, se presentan primero los mesiodens, seguido del lateral, premolar mandibular, cuarto molar y por último los paramolares maxilares. Finn (1983), reporta que los supernumerarios aparecen con mayor frecuencia en el maxilar. En esta investigación encontramos el mayor porcentaje en el maxilar superior con un 71% y maxilar inferior con un 29%.



Los dientes supernumerarios, son detectados por rutina en las radiografías intra o extraorales, o bien por diferentes alteraciones clínicas, como el retraso en la erupción de los permanentes, diastemas y maloclusiones por lo que es necesaria su extracción quirúrgica.

En caso de presentarse dientes supernumerarios múltiples, se extrae el que presenta mayores complicaciones, los supernumerarios distomolares se localizan con mayor frecuencia en la región molar por vestibular, aparecen en el maxilar inferior.

La detección temprana del diente supernumerario nos permite prevenir algunas complicaciones. El examen radiográfico es esencial y de gran importancia para el Cirujano dentista, ya que podemos detectar a tiempo la presencia de un diente supernumerario, realizar un buen diagnóstico y así elegir un adecuado tratamiento.

Por lo tanto en los diferentes estudios de investigación analizados en éste trabajo, encontramos diferentes parámetros de referencia y porcentajes en comparación con nuestros datos obtenidos. No podemos determinar que sea una muestra representativa nacional pero sí en lo que se refiere a la población cercana que acude a la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.



PROPUESTAS

Como ya se mencionó es frecuente encontrar dientes supernumerarios en la práctica odontológica, por lo tanto es de vital importancia crearse un hábito de rutina en el consultorio para realizar un diagnóstico completo tanto clínico como radiográfico en la primera visita del paciente, principalmente de todos los niños de edad preescolar, para así poder detectar anomalías a tiempo minimizando complicaciones.

En el caso de detectar un diente supernumerario, debemos:

- ◆ Conocer la localización más frecuente de los dientes supernumerarios. Esto nos va a facilitar el realizar nuestro diagnóstico.

- ◆ Conocer las técnicas para localizarlo perfectamente antes de realizar la Cirugía para evitar problemas tanto al paciente como al Cirujano Dentista.

- ◆ Elaborar un criterio sobre si es el tiempo adecuado o no para su remoción, ya sea por extracción o Cirugía. Tomando en cuenta edad del paciente, la relación que tiene o tienen los supernumerarios con los dientes adyacentes, la presencia de quiste, diastemas, retenciones, ya sea del mismo diente supernumerario o de dientes adyacentes, lo cual puede o no complicarnos el problema.

- ◆ El reconocimiento entre un diente normal y un supernumerario de acuerdo a los criterios antes mencionados. Esto evitará errores al momento de realizar la Cirugía.



- ◆ Tener la oportunidad de trabajar en forma Interdisciplinaria, el Cirujano Dentista, el Odontopediatra, el Ortodoncista y el Patólogo. Conocer su criterio y aportaciones que puedan dar para realizar mejores tratamientos.

- ◆ Dar a conocer con mayor amplitud los resultados que se obtienen no solo en este, sino en todos los estudios que se realizan dentro de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza para promover el interés por la investigación, de tal manera que los resultados que se obtengan servirán para mejorar la calidad de nuestros tratamientos y ampliar a su vez nuestros conocimientos.



BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFÍA

1. Andreasen. 1895. "Introduccion to dental trauma", en *Journal of oral an Maxilofacial surgery*, capítulo 14:171-182.
2. Barren Mark. 1985. "Surgical treatment of an unerupted supernumerary tooth attached to an unerupted permanent incisor", en *Pediatric Dentistry*, 5(1):83-84.
3. Camm Jeffrey y col. 1989. "Gemination, fusion and supernumerary tooth in the primary dentition: report of case". *Journal of Dentistry for children*, 1(1): 60-61.
4. Cohen. 1979. "Pequeños movimientos dentarios del niño en crecimiento". Buenos Aires Argentina: Editorial Panamericana, 2da. ed; p. 70-80.
5. Orban B. 1990. "Histología y embriología bucales". México, D.F., Ed. La prensa médica mexicana, 1ª. Reimpresión; pp. 405.
6. "Interpretación radiográfica en odontología pediátrica". 1983. México, D.F., Edit. Manual Moderno, 6ta. ed; p. 30-34.
7. Barren. 1983. "Surgical treatment of unerupted supernumerary tooth attached to an unerupted permanent incisor", en *The American Academy of pedodontics. Dentistry Pediatric*. Vol: 5, Núm., 1 p.83-84.
8. Finn, Sidney. 1983." Odontología pediátrica". México D.F: Nueva Editorial Interamericana, 4ta. ed; p.352-354.
9. Graber, Swain. 1984. "Ortodoncia, conceptos y técnica". Cuba: Edit. Médico-Científico-técnico. 5ta. ed; p. 175-180.
10. Gorlin Thoma, Robert. 1970. "Patología Oral". Mosby Co. Saint Louis U.S.A: Salvat editores, 6a. ed; p. 105-170.
11. Kruger, O. G. 1986. "Tratado de Cirugía Bucal". México, D.F: edit. Interamericana. 1987: 4ª ed; p.87, 88.

-
- 
12. Langlais R.P. 1979. "Radiographic localization technics", en *Dental radiographics and photography*. 52(4): 69-77.
 13. Hattab, Faiez y col. 1994. "Supernumerary teeth: Report of three cases and review of the literature". *Journal of Dentistry for children*. 1(1).
 14. Humerfelt Diedrich, H.B. 1985. "Hyperdontia in children below 4 years of age a radiographic study". *Journal of Dentistry for children*. 52(2).
 15. Lynch, Brightman. 1990. "Manual Pediátrico de Medicina Bucal". México, D.F; Edit. Interamericana, Tomo III; p. 526-527.
 16. Mc Donald, Ralph E. "Odontología pediátrica y del adolescente". México D.F: Edit. Panamericana. 5ta. ed; p. 201-203, 603,604, 699-701, 718-722, 741-745.
 17. Shafer, W.G. 1977. "Tratado de patología bucal". México D.F: Edit. Interamericana, 3ª ed: p.13-19, 46-50, 706-709.
 18. Ochoa ,G.J.F. y col.1983. Supernumerary teeth and orthodontic tooth repositioning: a case report, en *J.D.CH*. 17(2):p.95-99.
 19. Pinkham, J.R. 199."Odontología pediátrica". México D.F: Edit. Interamericana, p.47-56.
 20. Regezi, A. J. "Patología bucal". México, D.F: Edit: Interamericana, 1era. ed; p.490-495.
 21. Rubenstein L.K .et al. March 1991 "Development supernumerary premolars in an orthodontic population". en *Triple O*, 71(3): 392-395.
 22. Raspall, G. 1994. "Cirugía Oral". Madrid: Edit. Panamericana, p. 205-211.
 23. Geoffrey, L. H. et al. "Cirugía bucal menor". México D.F: Edit. Manual Moderno. 3era. ed; p.197-203.
 24. Leonard B.K. et al. "Cirugía bucal y maxilofacial en niños". México D.F: Mc. Graw Hill, 1era. ed; p. 106-109.



25. Vincent, P.D. 1974. "Histología y embriología odontológica". México D.F: Edit. Interamericana, 1era. ed; p. 73-95.
26. Amezcua, D. 1998. "Extracción de un diente supernumerario y utilización de la aparatología 4X2". F.O. U.N.A.M.
27. González, B.J. Marzo-Abril 1996. "Diente supernumerario con persistencia de central temporal y definitivo", en *Revista Europea de Odonto Estomatología*. 8 (2)93-96.
28. Philip, B. et al. Septiembre 1995 "A supernumerary paper", en *Triple O* , p.37-38, 252.
29. Oliveira, M. R. July-August.1997. "Anomalies of tooth form and number in the permanent dentition: Report of two cases", en *Journal of dentistry for children*, p.298-302.
30. Castro, O. J. 1994. "Incidencia en la distribución de dientes supernumerarios en niños mexicanos". en F.O. UNAM; p.35-38.
31. Gregg. 1991. "The effect of the position and orientation of an unerupted premaxillary supernumerary teeth or eruption and displacement of permanent incisor", en *Journal of dentistry for children*, 1(1).
32. Franchi, L. 1995. Anormalities of the maxillary incisors in children with cleft lip and paladar. *Journal of dentistry for Children*, 3(2).
33. Spuller. 1986. "Harrington gemination of a maxillary permanenet central incisor treated by autogenesis transplantation of a supernumerary incisor: case report", en *Journal of dentistry for Children*. 8(4)299-302.
34. Yven, S. 1987. "Doble primary teeth and their reationship with the permanent sucesors: a radiographic study of 366 cases. *Journal of dentistry for Children*, 9(1).

-
- 
35. Solares, R. May-june 1990. "The complications of late diagnosis of anterior supernumerary teeth: case report". *Journal of dentistry for Children*, 57(4)209-211.
36. Thomas J. 1982. "Management of a maxillary central Incisor by supernumerary tooth". *J.A.D.A.* 105(5)812-814.



ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 1

TEMA: DIENTES SUPERNUMERARIOS
FICHA DE REGISTRO PERSONAL

FICHA NO. _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS SEXO: F M

MOTIVO DE CONSULTA: _____

1. LOCALIZACIÓN

MAX. SUPERIOR ()

MAX. INFERIOR ()

2. UBICACIÓN

PREMAXILA ()

PARAMOLARES ()

POSTMOLARES ()

OTRO ()

3. PRESENTACIÓN

ÚNICOS () LONGITUD: _____

DOBLES () CON CURVATURA RADICULAR: SI NO

TRIPLES ()

MÚLTIPLES ()

4. CLASIFICACIÓN

4.A. SUPLEMENTARIOS (FORMA Y TAMAÑO NORMAL) _____

RUDIMENTARIOS (TAMAÑO MENOR Y FORMA TRABECULADA) _____

4.B. NO ERUPCIONADO _____

PARCIALMENTE ERUPCIONADO _____

ERUPCIONADO _____



5. ACCIDENTES DE ERUPCIÓN

MALOCCLUSIONES () DIASTEMAS () NO ERUPCIÓN DE DIENTES
PERMANENTES ()
RESORCIÓN RADICULAR EXTERNA ()

6. DATOS CLÍNICOS

TUMEFACCION (AUMENTO DE VOLUMEN) ()
CAMBIO DE COLORACION ()

7. SIGNOS RADIOGRÁFICOS

LESION RL. EN RELACIÓN AL SUPERNUMERARIO ()
IMAGEN RADIOPACA ()

8. TRATAMIENTO

	SI	NO
❖ EXTRACCIÓN	()	()
COLGAJO		
VESTIBULAR	()	()
PALATINO	()	()
LINGUAL	()	()

9. REPORTE HISTOPATOLÓGICO:

10. COMPLICACIONES:

CUADRO DE CONCENTRACION DE DATOS

Número	Edad	Sexo	Motivo de consulta			Sitio de localización		Zona de Ubicación			Clasificación					Accidentes de Erupción	Datos clínicos	Signos RX	Tratamiento		Tipo de acceso				
			Exo. del 3er	Tx. Orto.	Opert. Dental	Max. Sup.	Max. Inf.	Anterior	Postmolar	Molares	Número	No Erup.	Par. Erup	Erup.	Suplemen				Rudimen.	Extracción Simple	Extracción a Colegio	Vestibular	Palatino	Lingual	
1	22	F	*				*			*	1	*			*		Maloclusión	↑ Vol / Cambio Coloración	RL		*	*			
2	7	F		*		*		*			1	*			*		Diastemas	↑ Vol.			*		*		
3	22	F	*		*	*		*			1	*			*		Maloclusión	↑ Cambio Coloración			*		*		
4	10	F		*		*		*			1	*			*		Diastemas	↑ Vol.	RL		*		*		
5	13	F			*	*		*			1	*			*		Maloclusión		RL		*		*		
6	14	F		*		*		*			2	*			*		Retención de dientes permanentes	↑ Vol.	RL		*	*			
7	27	F		*	*		*	*			1	*			*		Despl. de dientes vec./ reabsor. Radic.	↑ Cambio Coloración	RL/ RO		*	*			
8	34	F		*		*		*			1			*	*		Maloclusión			*					
9	29	F		*		*		*			1	*			*		Maloclusión	↑ Vol.			*		*		
10	21	F			*	*		*			1	*			*		Desp. de dientes vec.	↑ Vol.			*		*		
11	7	F			*	*		*			1	*			*		Diastemas	↑ Vol.			*	*			
12	10	F		*		*		*			1	*			*		Retención de dientes vec.	↑ Vol. / Cambio Coloración	RL		*		*		
13	13	F	*	*		*		*			1	*			*		Retención de dientes	↑ Vol. / Cambio Coloración	RL		*	*			
14	10	F		*	*	*		*			1	*			*		Diastemas	↑ Vol.			*	*			
15	9	F		*		*		*			1	*			*		Diastemas				*		*		
16	16	F	*	*		*		*			1	*			*		Diastemas	↑ Vol.	RL		*		*		
17	10	F		*		*		*	*	*	10	*			*		Maloc./ Ret. D./ Desp. D.	↑ Vol. / Cambio Coloración	RL		*	*	*		
18	8	F		*		*		*			1			*	*		Maloclusión				*	*			



Número	Edad	Sexo	Motivo de consulta			Sitio de localización		Zona de Ubicación			Clasificación					Accidentes de Erupción	Datos clínicos	Signos RX	Tratamiento		Tipo de acceso		
			Exo. del 3er Molar	Tx. Orto.	Opert. Dental	Max. Sup.	Max. Inf.	Anterior	Postmolar	Molares	Número	No Erup.	Parc. Erup	Erup.	Suplemen.				Rudimen.	Extracción Simple	Extracción a Colgajo	Vestibular	Palatino	Lingual
19	12	M		*		*	*	*	*		3	*			*	Maloclusión				*	*	*	
20	22	M	*	*		*	*	*	*		2	*			*	Maloclusión/ Diastemas				*	*	*	
21	10	M		*		*	*	*	*		1	*			*	Maloclusión/ Diastemas	↑	Vol.			*	*	*
22	8	M		*		*	*	*	*		1	*			*	Maloclusión/ Diastemas					*	*	*
23	20	M			*	*	*	*	*		1		*	*		Maloclusión					*	*	*
24	12	M		*		*	*	*	*		2	*			*	Ret. D	↑	Vol.	RL		*	*	*
25	14	M		*		*	*	*	*		1	*			*	Maloclusión/ Ret. D	↑	Vol.			*	*	*
26	13	M		*	*	*	*	*	*		1		*	*	*	Maloclusión/ Ret. D	↑	Vol.	RL		*	*	*
27	24	M	*			*	*	*	*		1	*			*						*	*	*
28	11	M		*	*	*	*	*	*		1	*			*	Maloclusión		Cambio Coloración			*	*	*
29	9	M		*		*	*	*	*		1	*			*	Maloclusión					*	*	*
30	12	M		*		*	*	*	*		1		*	*	*	Maloclusión/ Diastemas					*	*	*
31	18	M	*			*	*	*	*		1	*			*	Maloclusión/ Despl. D	↑	Vol.			*	*	*