



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIENTES SUPERNUMERARIOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

T E S I S I N A
 QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
C I R U J A N A D E N T I S T A
 P R E S E N T A N :
MARCELA ÁVILA MENDOZA
CECILIA LEÓN BARRIENTOS

Do. Do. Leticia G. Mondragón
 DIRECTORA: C.D. ANGELES LETICIA MONDRAGÓN
 DEL VALLE
 ASESORA: C.D. ROCIO GLORIA FERNÁNDEZ LÓPEZ



MEXICO, D.F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**Nuestra energía y voluntad no deben
perderse en los peligros, esfuerzos y
distancias, sino que es vital las aprovechemos
e n enriquecer el desco de llegar a la cima.**

**¡El gozo de llegar a la cumbre pasa
rápidamente, lo perdurable es el
esfuerzo por conquistarla!**

ORGULLOSAMENTE U.N.A.M.

**Con especial dedicatoria a mis padres por el esfuerzo,
dedicación y apoyo que me han brindado en todo momento,
y por ser el principal motivo de toda realización personal.**

**A mis hermanos por el apoyo que me brindaron y la confianza
para concluir esta nueva etapa.**

**(A todos los que de una u otra forma influyeron en el termino de
esta meta ya que fueron parte importante para poder consumarla).**

**MARCELA ÁVILA M.
GRACIAS**

A mi familia:

**Sé que no existe forma alguna de agradecer
toda una vida de esfuerzos y sacrificios;
gracias por el cariño, la comprensión y
el apoyo que día con día recibo de ustedes.**

¡Lo logramos!

CECILIA LEON B.

4

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	9
2. DEFINICIÓN Y CONCEPTO.....	9
3. SINONIMIA.....	10
4. ETIOLOGÍA.....	10
4.1 Teoría Filogenética	11
4.2 Teoría de la Dicotomía.....	12
4.3 Teoría de la Hiperactividad de la lamina dental.....	12
4.3.1 Sobreactividad de la lamina dental.....	12
4.3.2 Sobreactividad del cordón epitelial.....	13
4.3.3 Sobreactividad de la capa externa de la vaina epitelial de Hertwing.....	13
4.3.4 Sobreactividad de los restos epiteliales de Malassez.....	14
5.FRECUENCIA.....	16
6. MORFOLOGÍA.....	19
6.1 Dientes suplementarios o complementarios.....	19
6.2 Dientes rudimentarios o heteromórficos.....	20
7. MESIODENS.....	22
7.1 Tipos de Mesiodens.....	25
8. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	29
9. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	29
10. DIAGNÓSTICO.....	32
11. TRATAMIENTO.....	34
12. COMPLICACIONES.....	41

13. SINDROMES ASOCIADOS.....	42
13.1 Displasia Cleido-craneal.....	42
13.2 Síndrome de Gardner.....	43
13.3 Querubismo.....	43
13.4 Fisura Labio Palatina.....	44
14. CASO CLÍNICO.....	45
CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	56

INTRODUCCIÓN

Los Cirujanos Dentistas podemos encontrar múltiples anomalías en el desarrollo dental en cuanto a tamaño, forma, número, color y posición.

El desarrollo dental es un proceso continuo en el cual se llevan a cabo un número de procesos fisiológicos de crecimiento en donde varias etapas morfológicas interactúan para obtener finalmente una estructura completamente formada. Dicho desarrollo esta bajo la influencia de una compleja interacción de variables genéticas y ambientales.

El proceso fisiológico del desarrollo dental consiste en las etapas de: Iniciación, Proliferación, Histodiferenciación, Morfodiferenciación, Aposición y Calcificación.

Una interferencia durante cualquier periodo del desarrollo dental o durante las fases de calcificación, brote o paso de una dentición a otra producirán un desarrollo anormal que afectará a uno o más dientes.

Al llevarse a cabo una interferencia en la etapa de iniciación, el resultado es la ausencia de cualquier órgano dentario (oligodoncia o hipodoncia) o un aumento en el número de dientes (dientes supernumerarios).

Los dientes supernumerarios impactados o erupcionados pueden permanecer en el sitio en el cual se desarrollaron, por algunos años sin manifestaciones clínicas de importancia; aunque debemos tomar en cuenta las complicaciones que pueden estar asociadas como impactaciones, retraso en la erupción, erupciones ectópicas, apiñamiento, diastemas, formación de quistes foliculares con destrucción ósea, dolor e inflamación local en le sitio

de localización del diente supernumerario, resorción radicular de los dientes adyacentes, problemas periodontales, anquilosis y lesiones pulpares.

Un gran porcentaje de dientes supernumerarios se localiza a nivel del maxilar superior en la zona de los incisivos. El mesiodens es el diente supernumerario más característico, llamado así por su cercanía a la línea media. También pueden presentar en la zona de premolares y molares afectando en menor porcentaje en la zona de caninos y en la región mandibular.

La mayoría de las veces el número de piezas supernumerarias que se presentan es de un solo diente supernumerario; aunque hay casos en los que se presentan más de uno.

Respecto a la morfología, el diente supernumerario más frecuente es el de forma cónica aunque también pueden encontrarse las formas tuberculadas o molariformes.

Debemos tomar en cuenta que el paciente odontológico es un conjunto de aparatos y sistemas que deben interactuar armónicamente y que cualquier signo o síntoma descubierto en la cavidad oral puede ser parte de algún padecimiento sistémico que se puede corroborar analizando integralmente al paciente.

Un correcto examen diagnóstico permite obtener un diagnóstico precoz de la presencia de uno o más dientes supernumerarios así como ofrecer alternativas terapéuticas para evitar cualquier tipo de complicación.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El primer informe de dientes supernumerarios se atribuyó a Plíneo (23-79 a. C.) quien descubrió que Timarco hijo de Nicocoles de Pafos tenía dos hileras de molares. ¹

Existen reportes que describen la presencia de un diente supernumerario en el maxilar del lado derecho de un *Australopithecus robustus* de aproximadamente 1.7 millones de años. El diente supernumerario se localizó entre incisivo central y lateral del lado derecho, erupcionado aproximadamente a 3 mm del forámen incisivo; el diente era funcional y su raíz estaba localizada ectopicamente en el paladar del lado derecho con una dehiscencia en el hueso palatino alveolar. ²

2. DEFINICIÓN Y CONCEPTO

Los dientes supernumerarios son todos aquellos dientes “extras” o en exceso presentes en los maxilares es decir, más de veinte en la dentición temporal y más de treinta y dos en la dentición permanente, siendo más comunes en la dentición permanente y más frecuentes en el maxilar. ³

Los dientes supernumerarios pueden encontrarse erupcionados en la arcada o en su mayoría retenidos en los maxilares y éstos sólo se descubren radiográficamente. Pueden estar presentes en todas las series dentarias

¹ G.A. Grimanis, A.T. Kyriakides, N.D. Spyropoulos, Un estudio sobre molares supernumerarios. Quintessence International, Edición Mexicana, Vol. 1, N°3, Enero/febrero, 1993.

² Ripamonti Ugo, Jean Claude Petit, et.al. A supernumerary tooth in a 1.7 million-year-old *Australopithecus robustus* from Swartkrans, South Africa. European Journal of Oral Science, 1999; 107; 317-321.

³ Gay, Escoda Cosme, L. Berini Ayter. Cirugía Bucal. Ed. Argón, 1ª edición, Madrid, 1999, pp. 526,527

(incisivos, caninos, premolares y molares) pero tienen predilección por ciertas zonas como la zona anterior del maxilar.

En la dentición temporal existe una baja prevalencia de dientes supernumerarios, las áreas de mayor afectación se encuentran a nivel de los incisivos laterales superiores y de los incisivos centrales inferiores.

Los dientes supernumerarios no producen retención de dientes deciduos y en la dentición permanente producen retención de los incisivos laterales superiores.

3. SINONIMIA

Los dientes supernumerarios pueden ser denominados como: dientes suplementales, dientes extra, dientes de la tercera dentición, hiperplasia conoidal, hiperodoncia, dientes aberrantes, dentición compuesta, superdentición y polifidontismo.

4. ETIOLOGÍA

La etiología de los dientes supernumerarios aún se desconoce, hasta cierto punto podría decirse que es incierta, pero debido a que la dentición humana es difidonta (dos denticiones) y heterodonta (distinta morfología de cada grupo dentario).

El número de dientes en cada dentición y las variaciones de todo tipo sufridas en la evolución filogénica, han dado a la presencia y desarrollo de un aumento en el número de piezas dentarias como consecuencia quizá,

probablemente de la presencia de folículos aberrantes lo cual no está plenamente establecido es por ello que existen diversas teorías sobre el origen de los mismos.⁴

4.1 Teoría Filogenética

Una primera teoría explica que los dientes supernumerarios tienen un origen atávico (regresión filogenética), indicando que los primates tenían tres pares de incisivos.

Lavelle y Moure encontraron que la incidencia de los dientes supernumerarios en ambas arcadas era de 6.2 por ciento en grandes monos como los gorilas y en hombres del 1.9 por ciento.⁵

Ésta teoría no es muy aceptada en la actualidad, debido a que los dientes supernumerarios en el ser humano son considerados como anomalías y su incidencia es baja.

4.2 Teoría de la Dicotomía

La teoría de la Dicotomía propuesta por Leche y Rose indica que "los dientes supernumerarios se desarrollan por una división accidental del germen dental en uno o más fragmentos",⁶ en la mayoría de los casos, suele producirse por traumatismos o mutaciones evolutivas; presentándose entonces el desarrollo de dos dientes a partir de un solo germen, estos dos dientes serían idénticos

⁴ Carames, de Aprile Esther. Anatomía y Fisiología, Patologías del Órgano bucal. Ed. Mundi, 2ª ed. Argentina, pp. 41, 42.

⁵ Ripamonti op. cit. pp. 318.

⁶ Diamond, Moscs. Anatomía Dental. Ed. UTEHA, 8ª reimpresión, México, 2000, pp. 175, 176.

al diente normal (diente suplementario) mientras que una división desigual daría como resultado un diente normal y uno de forma más pequeña o anormal (diente heteromórfico).

Varios autores defienden esta teoría afirmando que es una mutación adquirida hereditaria.

4.3 Teoría de la hiperactividad de la lámina dental

La teoría de la hiperactividad de la lámina dental explica la hiperodoncia, pero existe desacuerdo en cuanto a partir de que formación o en que momento embriológico se genera.

Todas las células del germen dental tienen el mismo origen y las mismas características biológicas, por lo que en determinadas condiciones, algunas células pueden adquirir las propiedades de otras células especialmente diferenciadas, con la consiguiente formación y proliferación de evaginaciones o invaginaciones que darían lugar a nuevos tejidos dentarios.^{7,8}

Esta nueva formación dentaria puede partir de cualquiera de los sucesivos estadios embriológicos por los que pasa el diente:

4. 3.1 Sobreactividad de la lámina dental.

A partir de la sexta semana de vida intrauterina aparece una proliferación de la capa basal del epitelio bucal a lo largo de cada maxilar: la lámina basal.

⁷ M. Ash, et. al. Oral Pathology (an introduction to general and Oral Pathology for Higienists), Ed. Major, 6ª ed., Philadelphia, 1999, pp.50-54.

⁸ S.N. Bhaskar. Orban. et. al. Histología y Embriología de Orban. Ed. Librería Atenea, 9ª ed., Argentina, 1986, pp. 44-47

Una semana después de cada una de las láminas, aparecen los diez nódulos que formarán los dientes correspondientes a la dentición primaria. Si aparecen otras yemas que logren situarse en la región apropiada para su desarrollo evolucionaran dando lugar a dientes supernumerarios en la dentición primaria.

4.3.2 Sobreactividad del cordón epitelial.

En la octava semana de vida intrauterina la yema dental prolifera y se separa de la lámina dental quedando unida a ésta por el cordón epitelial. Una sobreactividad a partir de un cordón epitelial puede originar la formación de dos o más gérmenes dentarios. Otra posibilidad sería que el crecimiento de la yema dental produzca la rotura del cordón epitelial y éste se sitúe hacia fuera entonces se forman nuevos gérmenes dentarios que pueden desarrollarse formando un diente supernumerario.

4.3.3 Sobreactividad de la capa externa de la vaina epitelial de Hertwig.

A las catorce semanas el germen alcanza su forma completa de campana comenzando así la diferenciación histológica: epitelio externo, retículo estrellado, estrato intermedio, epitelio interno. Este conjunto de estructuras con la papila dental y el saco dentario recibe el nombre de folículo dentario quedando completamente constituido entre el quinto y sexto mes de vida intrauterina. Posteriormente aparece la vaina de Hertwig, que es una prolongación epitelial del órgano del esmalte, a partir de la unión del epitelio externo e interno y que crece a partir de los extremos de la campana. Esta

sobreactividad de la vaina epitelial de Hertwig puede originar un diente supernumerario.

4.3.4 Sobreactividad de los restos epiteliales de Malassez.

La vaina de Hertwig crece moldeando la raíz pero al formarse la primera capa de dentina la vaina se fracciona y degenera formándose los islotes epiteliales conocidos como restos epiteliales de Malassez.

Si éstos restos entran en actividad y se diferencian, podrían formar un nuevo germen dentario.

Las causas que pueden motivar la sobreactividad epitelial se pueden dividir en causas locales y generales.

-Causas locales: traumatismos, infección y factores irritativos.

-Causas generales: disfunciones genéticas y enzimáticas y factores hereditarios.

En general toda alteración funcional u orgánica, tanto local como general puede repercutir en la formación del diente dando origen a anomalías de desarrollo.

La interferencia durante cualquier periodo del crecimiento de los dientes así como las interferencias durante las fases de calcificación, brote o paso de una dentición a otra, producirán desarrollo anormal que afectarán a uno o más dientes por ejemplo:

Los trastornos durante la iniciación: puede producir demasiados o muy pocos dientes.

- Durante la proliferación: cúspides o raíces extraordinarias, fusión dental y tumores dentales.
- Durante la histodiferenciación: odontomas y odontogenesis imperfecta.
- Durante la morfodiferenciación: dientes de Hutchinson, dientes exageradamente grandes o pequeños.
- Durante la aposición: hipoplasia, tetania, raquitismo.
- Durante la calcificación: esmalte moteado, amelogenesis imperfecta.
- Durante la erupción impactación, erupciones ectópicas y anquilosis.

Los dientes supernumerarios pueden aparecer de forma espontánea en una generación aunque en algunos casos la tendencia hereditaria a desarrollarlos juega un papel importante. Por lo tanto son determinados ontogénicamente y se perpetúan filogenéticamente según las leyes mendelianas o genéticas presentando un carácter autosómico dominante por lo cual no tienen relación alguna con la herencia ancestral (Atavismo).

Contrariamente a éstas teorías existen una serie de síndromes complejos con un patrón hereditario demostrado en donde los dientes supernumerarios o hiperodoncia constituyen una parte determinante, como lo es en el caso de la displasia cleidocraneal, el síndrome de Gardner, querubismo, síndrome digitofacial oral, labio y paladar fisurado.⁹

⁹ C. Mason, N. Azam, et. al. A retrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth. British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery, 2000; 38, 62-65.

5. FRECUENCIA

En la dentición temporal la presencia de dientes supernumerarios es un fenómeno cuya frecuencia varía entre el 0.2 y el 6 por ciento. " Estos se presentan en un porcentaje del 15-30% en parejas y el 1% de frecuencia de mas de tres"¹⁰. Suelen presentarse a nivel del maxilar y concretamente en la zona incisiva, presentan una morfología similar a los dientes adyacentes (dientes suplementarios). Predominando los casos de dientes supernumerarios unilaterales, del lado izquierdo (55 por ciento), ubicándose generalmente en el área palatina anterior

Clayton reporta una incidencia de dientes supernumerarios entre el 1.6 y el 3.1 por ciento. Lo cual se relaciona con el estudio realizado por Bodin quien encontró una incidencia de 16 dientes supernumerarios en 1000 pacientes (1.6%).

Luten encontró que el 97 por ciento de los dientes supernumerarios se localizan en la región anterior y el 3 por ciento restante en la región de premolares. Y es de destacarse que en la mandíbula el mayor porcentaje ocurre en la región premolar. Sin embargo Kraver reporto por primera vez la presencia de supernumerarios en la region del incisivo lateral mandibular.¹¹ Con mayor frecuencia los dientes supernumerarios se presentan en la dentición permanente con predisposición al área anterior del maxilar.

Hurlen y Humerfelt evaluaron 63.029 pacientes de los cuales el 1.42 por ciento de los pacientes presentaron un total de 1153 dientes supernumerarios en la región anterior. Estos predominaron en hombres en una proporción de 2:1, en la dentición permanente y en la región del incisivo central un 80 por ciento.

¹⁰ Alvarez, Indaigna, Creath, J.C. Radipographic considerations for supernumerary tooth extraction: Report of case. Journal of dentistry for children, march-april 1995. pp.141

¹¹ Alvarez. Op .cit.

Bodin y Thomsson observaron mayor frecuencia de dientes supernumerarios únicos que bilaterales con un incremento en la maxila de 6 a 1 comparado con la mandíbula y presentan predilección por el sexo masculino en una proporción de 2 a 1 en relación con el sexo femenino.¹²

Luten evaluó el porcentaje de 1.558 niños en los que encontró una incidencia en dientes supernumerarios del 2 por ciento, observando que el mesiodens se encontraba en un 36 por ciento. La incidencia fue levemente mayor en hombres que en mujeres, con un mayor predominio en la maxila que en la mandíbula (11:1), y el 97 por ciento de los dientes supernumerarios fueron encontrados en la región anterior del maxilar.

Ruprech reportó una incidencia de dientes supernumerarios del 2.3 por ciento, donde el 80 por ciento se encontraban en la maxila. La frecuencia fue igual en ambos sexos

Stafne reporto una baja incidencia en comparación con otros autores, el encontró que 1 de 110 niños tenían un diente supernumerario, y que la presencia de estos en la maxila era de 8:1.

La frecuencia fue mayor en los hombres que en las mujeres en un radio de 2:1 en pacientes menores de 10 años.

Nasif reportó que la mayoría de los dientes supernumerarios de la primera dentición son del tipo suplemental y en pocas ocasiones quedan impactados.

Bodin estableció que la hiperodoncia de la primera dentición es muy rara. Humerfelt y Hurlen indican que " la incidencia de dientes supernumerarios en

¹² Carl O. Atkins, Jr and Arthur P. Mourino, et. al. Managament of a supernumerary tooth fused to a permanent maxillary central incisor. Oral Surgery, Oral medicine, Oral Pathology, 1986; 61; 146-148.

la primera dentición es subestimada debido a que son exfoliados previo a su reconocimiento".¹³

Rara vez plantean problemas debido a que la dentición primaria presenta los espacios fisiológicos y primates; no suelen requerir de tratamiento salvo que provoquen alguna alteración como una mordida cruzada o anomalías en la erupción.¹⁴

Considerando lo anterior podemos definir que los dientes supernumerarios pueden encontrarse en cualquier localización, existiendo zonas preferentes.

El supernumerario más frecuente es el que se localiza entre los incisivos centrales superiores denominado "mesiodens" constituye más del 50 por ciento de todos los dientes supernumerarios, siguiendo en orden de frecuencia:¹⁵

Cuartos molares o distomolares superiores.....	25%
Paramolares superiores.....	15%
Premolares inferiores.....	3%
Incisivos laterales superiores.....	2%
Cuartos molares o distomolares inferiores.....	1%
Incisivos centrales inferiores.....	1%
Premolares superiores.....	0.5%
Caninos superiores.....	0.2%
Caninos inferiores.....	0.2%
Incisivos laterales inferiores.....	0.05%

¹³ Dowling P.A. & Delap E.A., A case with bilateral paired maxillary supernumerary incisor teeth of supplemental and tuberculate form, International Journal of Pediatric Dentistry 1997; 7: 91-94 pp.91.

¹⁴ Varela, Margarita, Problemas Bucodentales en Pediatría. Ed. Argón, Madrid, 1999, pp. 45,46.

¹⁵ Gay op. cit. pp. 527

6. MORFOLOGÍA

Los dientes supernumerarios son órganos dentarios perfectamente constituidos. Frecuentemente son pequeños y rara vez gigantes, aunque suelen presentarse deformes.

Por lo general suelen encontrarse en posición vertical y ocasionalmente invertidos por lo que en ocasiones suelen erupcionar.

Normalmente los dientes supernumerarios se ubican en la región incisal superior, y por lo general son heteromorficos, en otras regiones llegan a presentarse de forma eumorfica muy parecidos a la serie dentaria.

Se clasifican como:

6.1 Dientes suplementarios o complementarios (eumorficos).

Son los dientes cuya morfología imita la anatomía del diente normal a modo de espejo, pueden aparecer en la dentición primaria, permanente o en ambas.



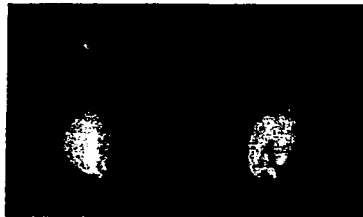
Se localizan con más frecuencia en la arcada superior, concretamente en la zona de incisivos laterales superiores y premolares.¹⁶

6.2 Dientes rudimentarios o heteromorficos.

Son aquellos que presentan una morfología atípica, es decir son dientes dismórficos, dentro de estas características se encuentran las siguientes formas:

Diente conoide o en forma de clavija. Son de menor volumen que el diente normal, con corona cónica y raíz rudimentaria.

" El prototipo de diente cónico es el mesiodens que se localiza típicamente en el maxilar en la línea media entre los incisivos centrales"¹⁷¹⁸



Diente tuberculado. Es un diente de tamaño menor que el diente normal, corona con tubérculos, la raíz es única gruesa y curvada.

¹⁶ H. Guy, H. Poyton et. al. Radiología Bucal. Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill, 2ª ed., México, 1992, pp. 93

¹⁷ S.N. Bhaskar. Orban. op. cit. pp. 436

¹⁸ Carames, op. cit. pp. 42.

“ Se localiza preferentemente en el maxilar por palatino de los incisivos centrales superiores, impidiendo su erupción.”^{19 20}



Diente infundibular. Este es de forma similar al diente normal, pero con invaginaciones hacia adentro de la corona lo que le da el aspecto de embudo.

Diente molariforme. Presenta una forma de molar o premolar. Se localiza con mayor frecuencia en el maxilar.

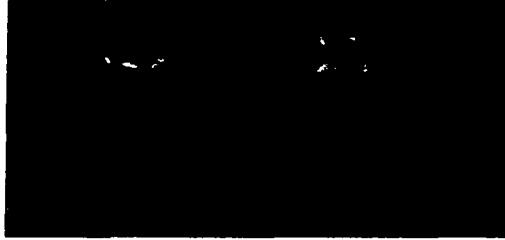
Básicamente se manifiestan bajo dos formas clínicas.

1. Paramolares. Presentan una morfología tanto coronal como radicular de forma atípica, son dientes microdónticos localizados bien en una situación vestibular o interdental.
2. Distomolar. Su presencia es rara, también llegan a recibir el nombre de dientes de la tercera dentición, debido a su morfología que es rara,

¹⁹ Ib

²⁰ S.N. Bhaskar, Orban op. cit. pp. 436

suelen ubicarse por distal del tercer molar bajo la forma de cuarto molar.



7. MESIODENS

Los dientes supernumerarios que aparecen entre los incisivos centrales fueron denominados por primera vez por Bolk como "mesiodens" en el año de 1917.²¹

Podemos encontrarlo de manera única o en pares, representa del 50 al 80 por ciento de los dientes supernumerarios, con mayor predominio en el género masculino que en el género femenino en una proporción de 2:1.

Estudios realizados por Sedano y Gorlin establecen que el mesiodens se trasmite como un rasgo autosómico dominante, con excepción en algunas generaciones.

²¹ Gay, Escoda. op. cit. pp. 535.

La mayoría de los mesiodens poseen características peculiares como: coronas en forma de clavija, cono o triángulo, es decir son considerados como dientes heteromórficos, aunque constituyen órganos dentarios completos; regularmente son pequeños y solo tienen una raíz.



En algunas ocasiones imitan la forma de los incisivos laterales superiores, considerándose entonces como dientes eumórficos, y en casos muy raros, el mesiodens puede ser molariforme, con una forma irregular y mayor de lo normal pero con una sola raíz a lo que se le denomina molar transpuesto. Aunque la mayoría de los autores sólo designan la denominación de mesiodens si el diente supernumerario es cónico, con raíz pequeña y de tamaño menor al normal.

Su longitud es de aproximadamente 1 cm, generalmente no suele ocupar una posición perfectamente media, sino que aparece a uno u otro lado de los hemimaxilares, según Thoma, se desarrolla con mayor frecuencia en el lado derecho o izquierdo de la papila incisiva y con menor frecuencia entre los dos incisivos centrales.

Hurlen y Humerfelt señalan que los dientes supernumerarios unilaterales suelen ubicarse con mayor frecuencia en un 55 por ciento del lado izquierdo y localizados en el área palatina anterior.²²

Constantemente se localizan por palatino entre un 80 y 90 por ciento a nivel supraapical interincisal e incluidos sin hacer erupción.

Aunque normalmente se encuentra en posición vertical, no es de extrañarse la presencia de una posición invertida (corona hacia arriba), por lo cual su erupción será hacia las fosas nasales, manifestándose como una tumefacción local que causa la deformidad nasal o desviación del septum nasal, con obstrucción aérea, cacosmia, cefalea, epistaxis, rinorrea purulenta y rinitis. Cuando la erupción se realiza a través del suelo nasal de forma completa, reciben el nombre de dientes nasales.

De forma excepcional, puede introducirse por migración hacia el seno maxilar ocasionando obstrucción aérea, cacosmia y finalmente sinusitis odontogénica.



²² Dowling P.A. Op.cit.

7.1 Tipos de mesiodens

Forma: Cónica, tuberculada, molariforme.

Tamaño: Corto o largo y pequeño, irregular, grande y ancho.

Forma radicular: Los mesiodens cónicos suelen tener una formación radicular completa, mientras que en los tuberculados y molariformes es incompleta.

Tiempo de desarrollo: Los dientes tuberculados son de desarrollo tardío, mientras que los cónicos se pueden desarrollar simultáneamente o incluso previamente a los dientes de la serie normal.

Acción sobre los dientes adyacentes: Los dientes molariformes y tuberculados causan con frecuencia retraso en la erupción de los incisivos centrales o impedir su erupción.

La inclusión intraósea completa del mesiodens es lo que con más frecuencia se reporta y dicha inclusión constituye un obstáculo mecánico que puede dar lugar a distintas complicaciones:

- Persistencia de la dentición temporal. (fig.1.1)
- Inclusión de uno o más dientes incisivos permanentes.(fig.1.2)
- Malposición de los incisivos centrales con erupciones ectópicas que causan apiñamiento y alteraciones oclusales.(fig. 1.3)

- Rizólisis y/o lesiones periodontales de los incisivos centrales permanentes.(fig. 1.4)
- Diastema interincisal.(fig.1.5)
- Fusión del mesiodens con algún incisivo central. (fig. 1.6)
- Formación de un quiste folicular a expensas del mesiodens o de algún diente adyacente retenido.(fig. 1.7)
- Poliinclusiones complejas. (fig.1.8)

ACCIÓN SOBRE LOS DIENTES ADYACENTES :



FIG. 1.1



FIG. 1.2



FIG. 1.3



FIG. 1.4



FIG. 1.5

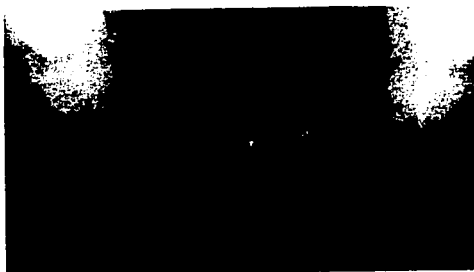


FIG. 1.5 RX.



FIG 1.6



FIG 1.7



FIG 1.8

8. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los dientes supernumerarios pueden hallarse erupcionados total o parcialmente o estar incluidos en los maxilares.

Regularmente se descubren en la niñez, adolescencia o edad adulta temprana, pocas veces en la edad adulta o vejez. A partir de lo anterior se han establecido dos categorías:

Dientes supernumerarios tempranos. Los cuales se desarrollan entre las dos denticiones e impiden la erupción de alguna unidad de la dentición permanente.

Dientes supernumerarios tardíos. Que se forman de la segunda dentición y causan mal posición o impiden la erupción de los dientes permanentes.²³

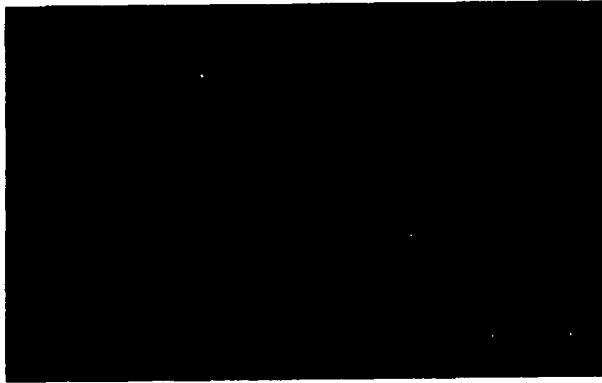
9. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Existen algunas manifestaciones originadas por la presencia de dientes supernumerarios:

Inclusión de dientes permanentes. La persistencia prolongada o la erupción retardada de un diente permanente o temporal puede indicar la existencia de un diente supernumerario.

²³ H. Guy. Op. cit. pp. 93.

La presencia de un diente supernumerario con o sin la inclusión de un diente permanente puede deformar la superficie vestibular o lingual del proceso alveolar.



Malposición dentaria. Los dientes en malposición suelen asociarse a la existencia de un diente supernumerario incluido. Los hallazgos más comunes son la torsión o desplazamiento labial. Si éste erupcionara en la arcada, produciría mal posición de dientes temporales o permanentes.

Diastemas. Puede ser una manifestación precoz de los dientes supernumerarios, este signo es muy frecuente en la región incisal superior cuando nos encontramos frente a la presencia de un mesiodens.

Erupciones anormales. Un diente supernumerario invertido puede erupcionar en lugares atípicos lejos de la arcada, hacia las fosas nasales o el seno maxilar provocando dolor, obstrucción del área e infección.

Patología pulpar. Debido a la gran retención de placa y a su difícil limpieza puede provocar la formación de caries e inducir a una patología pulpar.

Formación de quistes. El folículo que rodea al diente supernumerario puede dar origen a un quiste folicular o dentígero.

Stafne afirma que "el seis por ciento de los dientes supernumerarios presentan quistes dentígeros"²⁴

Una sobreinfección del quiste dentígero puede provocar cambios histológicos y dar origen a un ameloblastoma. En casos excepcionales malignizarse y causar un carcinoma intraquistico.

Rizólisis y lesiones periodontales. Es el resultado de la compresión de las raíces sobre los dientes adyacentes por parte del diente retenido.

Algias faciales. Aún no está establecido que los dientes supernumerarios sean el origen de las neuralgias faciales pero en ocasiones las extracciones de éstos han resuelto este tipo de dolor facial.

²⁴ Gay, Escoda. Op. cit. pp. 532.

10. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de los dientes supernumerarios nos basamos en la inspección clínica, la palpación y las técnicas radiográficas.

La inspección podrá dar en muchos casos el diagnóstico al visualizar los dientes supernumerarios erupcionados en la arcada, es por lo que hay que contar los dientes en el momento del examen clínico para no pasar por alto un diente extra.

De la misma forma deberá sospecharse de la presencia de un diente supernumerario cuando observamos que no ha erupcionado el diente permanente pasada la época de su erupción, cuando persista un diastema y se hayan descartado otras etiologías para la presencia de éste o cuando exista una malposición dentaria o una erupción anormal.²⁵

La palpación nos aportará datos de valor en caso de que se pueda palpar el diente por palatino o vestibular al producir una protuberancia de las mucosas aunque en ocasiones podremos encontrar una rotación o vestibuloversión producida por un diente supernumerario.²⁶

La frecuencia con que se observan supernumerarios en niños hace obligatorio el examen radiográfico completo y corrobora el diagnóstico de presunción.

Para ubicar definitivamente la localización de un diente supernumerario deberá incluirse la técnica del paralelismo cuyo objetivo es determinar la

²⁵ O. Brien. Radiología Dental. Ed. Interamericana, 4ª ed., México, 1985, pp. 262.

²⁶ Mc. Donald, Ralph. Odontología para el Niño y el Adolescente. Ed. Mundi, 4ª ed., Arg, 1987, pp. 550.

posición bucal o palatina de ésta estructura. Para ésta técnica se necesita realizar dos radiografías de la zona, cambiando la angulación. La primera radiografía se tomará siguiendo la técnica de bisectriz, la segunda se tomará habiendo desplazado anteriormente la angulación horizontal hacia delante o hacia atrás. Si se observa el cambio de posición del diente supernumerario con el diente adyacente se puede determinar si se encuentra localizado en vestibular o palatino.²⁷

Según la regla de Clark que determina que la imagen de un objeto situado por bucal de sus estructuras adyacentes parecerá moverse en dirección opuesta a la fuente de rayos X. Al contrario un objeto que se encuentre localizado por palatino de los dientes vecinos parecerá moverse en la misma dirección que el movimiento del cono de rayos X.

También se puede utilizar para la ubicación radiográfica, el colocar un marcador radiopaco como un cono de gutapercha o algún objeto metálico sobre la mucosa del sitio del que se sospecha.²⁸

Otra técnica que puede ser útil es la técnica de Mannkopf (1969) la cual "analiza el hallazgo radiográfico que determina la existencia de tres quintas partes de corona formada para el diente normal. Si hay una imagen doble se confirmará el diagnóstico de un diente supernumerario".²⁹

²⁷ Barbería, L. Elena. Odontopediatría. Ed. Masson, Barcelona, 1995, pp. 68.

²⁸ Sanders. Op. cit. p.69

²⁹ Watler, Figueredo, et. al. Odontología para el Bebé. Ed. Amolca, Colombia, 2000, pp. 49.

11. TRATAMIENTO

Los dientes supernumerarios suelen ser no funcionales, estén erupcionados o no, y el tratamiento indicado es la extracción o el retiro de estos por medio de un abordaje quirúrgico.

La mayoría de las veces la indicación está dada por motivos:

- **Estéticos** por sus características anatómicas y la posición en la que erupcionan.
- **Funcionales** por la ocupación del espacio en la arcada.
- **Preventivos** por ser susceptibles a desarrollar quistes dentígeros cuando se encuentran retenidos.³⁰

Es importante conocer la ubicación de un diente supernumerario antes de realizar cualquier acto quirúrgico, para evitar el daño de alguna estructura anatómica que pueda encontrarse comprometida.

Kruger, Hogstrom y Anderson recomiendan que la extracción de los dientes ya erupcionados se lleve a cabo cuando los ápices de los dientes adyacentes se encuentren cerrados, para prevenir la desvitalización o la alteración del desarrollo radicular por producir un daño de la porción mesenquimática de los dientes permanentes.³¹

³⁰ Walter C.G. Tratado de cirugía oral. Ed. Salvat Editores, España, 1971, pp.128-129.

³¹ Kruger, O. Gustav. Cirugía Bucomaxilofacial. Ed. Panamericana, 5ª ed., México, 1983, pp. 96

Sin embargo, existen indicaciones que establecen un tratamiento precoz, como son:

- Cuando existe un íntimo contacto entre la raíz o raíces del diente supernumerario y la raíz o raíces del diente permanente que interfieran en la formación de los ápices del diente permanente.
- Cuando se detecta la presencia de un quiste en el diente supernumerario, o para prevenir su formación
- Cuando el diente supernumerario produce malposición de los dientes permanentes, como consecuencia de la pérdida de espacio.³²
- Cuando el diente supernumerario impide la correcta erupción de los dientes permanentes, provocando una impactación o retención de éste, generalmente se presenta afectando la línea media.³³
- Cuando existen manifestaciones dolorosas, desencadenadas por los mismos.
- Para prevenir o evitar la rizolisis de los dientes permanentes.

De tal manera que el momento de elección para realizar su eliminación quirúrgica, es cuando los incisivos permanentes están formados y su raíz todavía no esta cerrada, ya que una vez que esta cerrada disminuye la posibilidad de erupción espontánea.

³² Sanders, Bruce. Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica. Ed. Mundi, 1ª ed., Argentina, 1984, pp.184

³³ Mc. Donald. Op. cit. pp. 548, 549

La extracción de un diente supernumerario está indicada, cuando la raíz del diente permanente retenido es inmadura, ya que el diente permanente hará erupción espontáneamente sin requerir de una intervención quirúrgica posterior para su exposición a la cavidad bucal.

De lo contrario cuando la raíz del diente permanente retenido es madura, es decir, se encuentra en la finalización de su formación radicular, la mayoría de las veces se requerirá de una segunda intervención quirúrgica aunada a una tracción ortodóntica.

Lo anterior indica que la teoría de la maduración de la raíz del diente influye en los movimientos eruptivos; a mayor maduración, mayor fuerza eruptiva y a menor maduración hay mayor fuerza eruptiva.³⁴

Por otro lado la eliminación quirúrgica deberá ser considerada, sobre todo cuando el niño es pequeño, Koch recomienda "evitar las extracciones de dientes incluidos en niños menores de 10 años, cuando esto sea posible, ello a menudo porque dichos pacientes requieren de anestesia general".³⁵

Por ello cada paciente deberá ser valorado individualmente según sus características podrá ser tratado bajo el empleo de anestesia local sola o con sedación oral, endovenosa o inhalatoria, o en algunos casos de anestesia general dependiendo de la edad, el estado general del paciente, el grado de cooperación, etc.

³⁴ C. Mason . op. cit. pp. 63.

³⁵ Sanders. Op.cit 184

Sin embargo no en todos los casos se requiere necesariamente de una anestesia general para el tratamiento quirúrgico, ya que en ciertos casos se recurrirá a la técnica de sedación consciente inhalatoria con óxido nitroso. El óxido nitroso también es conocido como gas hilarante, fue descubierto por Horace Well en 1844.

El óxido nitroso permite una inducción rápida y suave, un despertar rápido y completo, falta de trastornos secundarios, inmediatos y tardíos, si se emplea como medio psicosedante, no permitirá pasar de la primera fase de analgesia, en la que el paciente está consiente, relajado y eufórico, y con disminución de la ansiedad.

Existen una serie de datos objetivos que indican el nivel de psicosedación, así en un nivel adecuado de psicosedación las pupilas están normales, la tensión arterial inicialmente esta elevada y posteriormente desciende a valores normales, la frecuencia del pulso sufre una elevación inicial para descender más tarde a valores normales, la respiración es suave y normal.

Otros datos subjetivos indicarán que se ha alcanzado un nivel de psicosedación deseada, las manifestaciones son sensación de hormigueo en extremidades, aparición de sensaciones de euforia, calor, disminución de la ansiedad, sin embargo se podrá mantener una comunicación verbal y se podrá mantener la boca abierta del paciente.

El óxido nitroso esta indicado para lograr un aumento del umbral al dolor del paciente, para lograr un estado semihipnótico, cuando se va a llevar a cabo tratamientos de citas excesivamente largas.

Se emplea principalmente en niños de edad escolar, en niños semicooperativos, con miedo, ansiedad o aprensión.

Sin embargo deberá estar contraindicado en niños pequeños, en niños histéricos, desafiantes o tercos, en pacientes con problemas de obstrucción nasal o infección de vías respiratorias, así como en pacientes que estén tomando antidepresivos (IMAO) durante el tratamiento.³⁶

La técnica empleada es una psicosedación, en la cual el óxido nitroso deberá ser administrado con oxígeno, y no deberá ser inferior al 25%, es decir, a 2,5 l/min. Para alcanzar un estado deseado de sedación, la proporción de óxido nitroso/oxígeno deberá ser entre un 40 y 50 % de Óxido nitroso aproximadamente puesto que influirán las características de cada paciente.

Sin embargo no en todas las ocasiones se requerirá llegar a la fase quirúrgica, puesto que existen ciertas circunstancias que permiten mantenernos a la expectativa, sobre todo si el diente supernumerario no interfiere con el desarrollo simétrico y la erupción de los dientes adyacentes, así también cuando no exista evidencia de formación de quistes se podrá tener al paciente en observación hasta que tenga la edad suficiente de soportar un procedimiento quirúrgico.

En el caso de que el diente o dientes supernumerarios se encuentren erupcionados en la arcada, su eliminación se llevará a cabo mediante la técnica de extracción simple.

La extracción de un mesiodens estará indicada cuando interfiera en la erupción de los dientes permanentes. Cuando el diente permanente se encuentra impactado, se deberán eliminar los obstáculos óseos y mucosos, mediante la realización de una incisión que permita un libre abordaje y una osteotomía de la región, con la finalidad de dejar una vía de erupción

³⁶Barberia op cit . P.147-149.

espontánea también conocida como alveolectomía conductora,³⁷ que deberá estar en observación, ya que generalmente pasaran años para que logre llegar al plano de oclusión, debido a que el diente permanente en erupción puede desviarse de su trayecto normal o puede tener una rotación, lo cual será necesario un procedimiento de tracción ortodóntica tras haberle realizado la alveolectomía conductora que servirá de guía y evitará alguna desviación.

El abordaje quirúrgico dependerá de la localización del diente a extraer, en ocasiones se complica por la dificultad de ubicar, identificar y extraer los dientes supernumerarios sin dañar los permanentes. En ciertas ocasiones las técnicas radiográficas no son suficientes para conocer la posición exacta de los dientes supernumerarios incluidos con respecto a los dientes normales.

Los dientes supernumerarios de la región incisiva superior se encuentran casi siempre en la región palatina, por lo que el abordaje se realizará mediante una incisión de tipo envolvente palatina empleada generalmente en la eliminación de caninos incluidos, por lo regular cuando se localizan en la mandíbula se optará por el abordaje vestibular pero, deberá tomarse en cuenta que la cortical externa es de hueso compacto, así como las estructuras anatómicas adyacentes (agujero mentoniano y conducto dentario inferior).

En ocasiones, el diente supernumerario incluido, migra hacia el suelo nasal requiriendo entonces, de un abordaje desde la apertura piriforme, elevando la mucosa y el periostio de dicha zona. También podrá migrar hacia el seno maxilar para lo cual se requerirá de la técnica de Cadwell-Luc para su eliminación.

³⁷ Gay, Escoda. Op. cit. pp.534, 535.

El postoperatorio en el caso de una extracción simple o en un abordaje quirúrgico es cómodo para los niños y en una semana han cedido las molestias.

Cuando existe la posibilidad de dañar estructuras vecinas o dientes adyacentes por el diente supernumerario, deberán considerarse los riesgos y beneficios de la realización de la cirugía o la extracción del mismo.

Una vez realizada la eliminación del diente o de los dientes supernumerarios, se deberá considerar que la presencia de un diente supernumerario erupcionado o no, provocará una inadecuada longitud del arco, que deberá ser valorada en su conjunto, para poder establecer si dicha alteración sólo involucra la zona de afección por los supernumerarios o es una alteración completa del maxilar o de la mandíbula.

Pero si las características solo obedecen a la afectación de la zona de los dientes supernumerarios, como sucede, cuando un diente supernumerario impide la erupción de un diente permanente, se requerirá entonces de ortopedia con aparatología removible, si se intercepta el problema antes de la erupción de los caninos, debido a que como se sabe posterior a ello, será casi prácticamente imposible la recuperación del espacio incisivo con tratamiento ortopédico.

Por otro lado, si como consecuencia se produjo la presencia de un diastema medial, el diastema podrá cerrarse con una placa de tipo Hawley, considerando que el movimiento en la dentición primaria puede tener mejores expectativas que en la dentición permanente en la cual el tratamiento consistiría en ortodoncia correctiva.

12. COMPLICACIONES

Las complicaciones de los dientes supernumerarios en la primera dentición son mínimas, mientras que la incidencia en la dentición permanente tienen un alcance del 80 al 93 por ciento.

Las complicaciones incluyen:

- Incremento en procesos cariosos.
- Gingivitis.
- Abscesos periodontales.
- Formación de quistes dentigeros y foliculares.
- Inclusiones dentarias.
- Erupción tardía.
- Impactación de dientes.
- Amplio espacio folicular.
- Necrosis pulpar.
- Disminución de la vitalidad.
- Obliteración del canal pulpar.
- Resorción radicular.
- Anquilosis.

13. DIENTES SUPERNUMERARIOS ASOCIADOS A SÍNDROMES COMPLEJOS

La existencia de dientes supernumerarios no son exclusivamente un signo independiente, sino que algunas de las veces suele ir o presentarse en compañía de un síndrome, en el cual los dientes supernumerarios corresponden el 50 o 70% de las características de el síndrome.

Es por ello que es importante considerar la presencia de estos para la realización de un diagnostico completo y un pronostico adecuando a cada paciente.

13.1 DISPLASIA CLEIDOCRANEAL

Esta considerada como un síndrome, que presenta una verdadera displasia que afecta tanto al desarrollo esquelético como de los tejidos dentarios.

Es una enfermedad de etiología desconocida, en ocasiones de carácter hereditario, de tipo autosómico dominante.

Las características que presenta son un retraso en el cierre de las fontanelas, una cintura clavicular, disartrosis craneofacial e hipoplasia maxilar provocando un falso prognatismo mandibular. Y una deformación en cono de las epifisis de las falanges.

La dentición permanente es la que se encuentra mayormente afectada por la presencia de dientes supernumerarios, predominantemente en la región incisiva y premolar de la mandíbula.³⁸

³⁸ Regezi. J.A. D.M.D.Sciuba, Patología Bucal, 2da. Edición, Ed. Interamerica-Mc. Graw-Hill.México 1995 ,Tp.641.pp.493-494.

13.2 SINDROME DE GARDNER

Este síndrome se caracteriza por la existencia de múltiples dientes supernumerarios incluidos, presentan una poliposis intestinal múltiple, osteomas en maxilares, cráneo y huesos largos, tumores desmoides y quistes sebáceos o epidermoides cutáneos.

Presenta un patrón hereditario de carácter autosómico dominante con penetración completa.³⁹

13.3 QUERUBISMO

Es considerada como una variedad clínica de una displasia fibrosa familiar, de carácter autosómico dominante, de tipo hereditario.

Los pacientes comienzan con manifestaciones a edad temprana de hinchazón progresiva, no dolorosa y simétrica de los maxilares que produce una característica de "cara de querubín".

La dentición temporal presenta una exfoliación temprana, mientras que en la dentición permanente presentan dientes supernumerarios, una agenesia parcial y dientes incluidos.⁴⁰

³⁹ Ibidem. P.423

⁴⁰ Sanders, Bruce, Cirugía Bucal y maxilofacial pediátrica, Ed. Mundi ,Argentina 1984, pp. 293-294.

13.4 FISURA LABIO-ALVEOLO- PALATINA

Normalmente suelen presentarse dientes supernumerarios en la región de incisivos, siendo característico la ausencia de un incisivo lateral de el lado de la hendidura, encontrándose mayor porcentaje de el lado izquierdo,.

Existe la teoría de que la presencia de dientes supernumerarios se debe principalmente a la hendidura, que es la que provoca la división del germen en dos.⁴¹

⁴¹ Ibidem. pp.234-235.

14. CASO CLÍNICO

Paciente D. V. L. de cinco años de edad, acude a consulta a la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. con la presencia de un diente anterior en la línea media con forma cónica.

En el examen clínico bucal se observaron tejidos blandos sin patologías a excepción de resequedad labial; las piezas dentarias correspondientes a la dentición primaria sin procesos cariosos; sin embargo se observó la presencia de un diente supernumerario, cónico, localizado en la línea media entre ambos incisivos centrales; notamos así mismo la existencia de una protuberancia unilateral en el paladar duro a la altura de los segundos molares hacia la izquierda de la línea media. Dicha lesión no refería ninguna sintomatología.

Los padres referían que el niño presentó un diastema entre los centrales superiores y aproximadamente a la edad de tres años, el diente supernumerario (mesiodens) erupcionó en la arcada; aunque no se habían percatado de la protuberancia palatina.

Un dato relevante de la historia clínica dentro de los antecedentes heredofamiliares fue que los padres mencionaron que su hijo mayor de once años de edad también presentó a la edad de seis años, un diente de forma conoidal localizado en la posición del incisivo central izquierdo, el cual fue extraído cuando el niño tenía nueve años de edad.

El niño no tuvo ninguna complicación o problema en la erupción, la cual se llevó a cabo espontáneamente poco tiempo después de la extracción del mesiodens.

En la inspección clínica se observó una buena posición dental y que su edad dental corresponde con su edad cronológica.

Por dicho antecedente se decidió hacer una inspección clínica y radiográfica de los padres, abuelos y tíos paternos y maternos. Los datos obtenidos fueron negativos a la presencia de dientes supernumerarios tanto en la familia paterna como en la familia materna. El único dato de importancia que fue observado en la familia paterna era la presencia de torus mandibulares y exostosis en todos los integrantes de la familia.

Así mismo se realizó el examen radiográfico a nuestro paciente, el cual consistió de radiografías oclusales, en las cuales se observó la presencia de otro diente supernumerario en la porción palatina el cual se encontraba en una posición invertida, ubicado hacia el lado izquierdo de la línea media. Observamos que a consecuencia de los dientes supernumerarios, los dientes permanentes sufrieron una ligera rotación y por ende malposición.

Para una mejor ubicación del diente incluido se tomó una radiografía panorámica y una radiografía lateral de cráneo.

Con los estudios radiográficos se decidió programar al paciente para el retiro de los dientes supernumerarios, para lo cual se requirió de estudios de laboratorio que consistían en una biometría hemática, y pruebas de tendencia hemorragipara. En los cuales no se encontró alteración alguna, todos los valores se encontraron dentro de los valores promedio, por lo que se programó para la cirugía de dichos dientes supernumerarios.

CASO CLINICO



ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS DE DIAGNOSTICO



RX. LATERAL DE CRÁNEO



ORTOPANTOMOGRAFIA



RX. OCLUSAL

PRIMERA SESIÓN

Se decidió realizar la extracción del diente supernumerario erupcionado bajo anestesia local infiltrativa supraperiostica en vestibular y palatino de la región anterior del maxilar con xilocaína.

Posteriormente se realizó la debridación, luxación y extracción propiamente dicha del diente supernumerario (mesiodens).

El acto quirúrgico no se concluyó a causa de la inquietud del paciente, por lo que se decidió dividir el acto quirúrgico en dos sesiones.

Medicación y cuidados posoperatorios

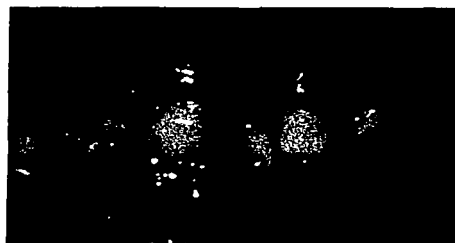
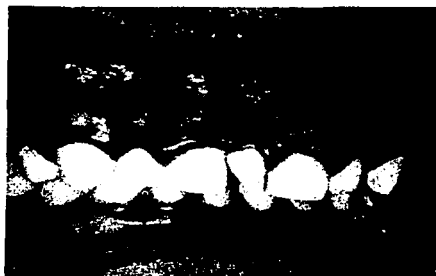
Se prescribió Tempra (acetaminofen), suspensión de 120 mg, tomar una cucharada cada 4 hrs. o en caso de dolor.

El acetaminofen actúa como analgésico y antipirético, inhibe la síntesis de prostaglandinas, además de la rápida acción de este al llegar en 1 ó 2 hrs. al torrente sanguíneo, y es eficaz en el tratamiento de niños.

Se indicó fisioterapia las primeras 24 hrs con frío y las posteriores 24 hrs. con calor para ayudar a que el proceso inflamatorio disminuyera, dieta blanda y limpieza de la zona.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

PRIMERA SESIÓN



SEGUNDA SESIÓN

En esta segunda sesión se retira quirúrgicamente, el diente supernumerario invertido, ubicado en la región palatina, bajo la técnica de sedación conciente inhalatoria con óxido nitroso.

Fase quirúrgica

Se comenzó administrando oxígeno puro a un volumen de 7 l/min, mientras se enseñaba a el paciente a inhalar por la mascarilla, para poder comenzar a administrar el óxido nitroso de medio en medio litro, en la misma medida en que se reducía el oxígeno con pausas de 30 seg. Hasta que se alcanzó la línea base llamada la psicosedación, una vez que se alcanzó este nivel se procedió a realizar anestesia regional superior, palatina anterior y puntos locales supraperiosticos de refuerzo.

Posteriormente se realizó una incisión alrededor del cuello de los dientes por palatino del primer molar hasta el primer molar, levantándose un colgajo mucoperiostico de espesor total.

Al encontrarse la protuberancia ósea se comenzó la osteosección con fresa de bola con pieza de mano de baja velocidad e irrigación con solución salina, por detrás del incisivo central dejando un collar óseo; el corte se realizó mas cargado hacia la zona izquierda y fue determinado al encontrarse el esmalte del diente retenido que se encontró en una posición invertida.

Una vez que se localizó el diente supernumerario se procedió a realizar la extracción del mismo con la utilización de elevadores rectos.

Finalmente se lavó y limpió la región con solución salina, para posteriormente afrontar los bordes del colgajo y suturar con seda negra de 3 ceros con puntos aislados.

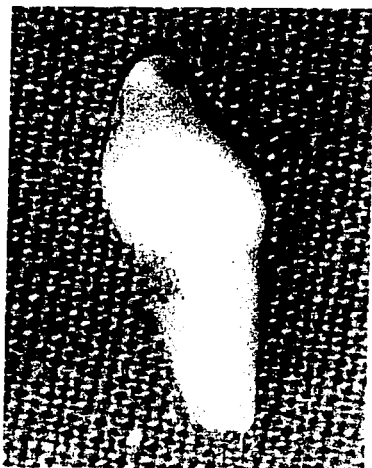
El paciente fue medicado con el Tempra (acetaminofen), suspensión una cucharada cada 4 hrs. o en caso de dolor, por 5 días.

Se indicó fisioterapia, por las primeras 72 hrs. con dieta blanda y limpieza de la zona.

La revisión posoperatoria se realizó 8 días después de la intervención quirúrgica, se retiraron los puntos de sutura y se observó que la inflamación ya había cedido y no presentaba ninguna alteración en la cicatrización.

El paciente estará bajo revisiones periódicas, cada 6 meses, para mantener en observación la erupción de los dientes permanentes.

SEGUNDA SESIÓN



TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Un correcto examen clínico aunado a un completa estudio radiográfico son esenciales para la obtención de un diagnóstico precoz y oportuno de la presencia de uno o más órganos dentarios supernumerarios. Logrando al mismo tiempo un plan de tratamiento adecuado para la prevención o intercepción de cualquier tipo de complicación.

Los dientes supernumerarios se encuentran dentro de las anomalías dentarias más significativas que afectan a la primera y segunda dentición. El diente que más frecuentemente se presenta es el mesiodens situado próximo a la línea media en la región anterior del maxilar.

Los dientes supernumerarios que se presentan en la región anterior del maxilar son a los que se les presta mayor interés, sin restarle alguna importancia a los que se ubican en alguna otra zona del maxilar o la mandíbula.

Dentro de los problemas que pueden causar éstos dientes se encuentran: un retraso en la erupción, problemas oclusales y problemas estéticos al presentarse en la región anterior.

Un diagnóstico temprano, en cualquier caso, es crucial ya que de esto depende el evitar o disminuir los problemas que puedan presentarse.

Debemos resaltar que la prevención de las anomalías o complicaciones causadas por los dientes supernumerarios es adecuada siempre y cuando se realice una evaluación minuciosa en todos los niños a edades tempranas con análisis radiográficos periódicos de la evolución dental de cada paciente.

Los dientes supernumerarios deben ser extraídos oportunamente para evitar complicaciones. Aún el tratamiento ortodóncico se beneficia al ser realizado a una edad temprana.

La intervención quirúrgica debe ser realizada y guiada por los estudios radiográficos, tomando en cuenta la edad del paciente en el aspecto psicológico y operatorio, tratando de ser lo menos agresivos.

Es nuestra obligación brindar al paciente un tratamiento integral y en la medida en que sea posible prevenir cualquier tipo de alteración que comprometa primordialmente a la función y en segundo término la estética.

Todo esto se puede efectuar con una relación interdisciplinaria entre todas las áreas odontológicas, con lo cual brindaremos calidad de tratamiento al paciente.

Un diagnóstico temprano permite una mejor atención, un pronóstico más favorable y minimiza las complicaciones.

15. BIBLIOGRAFÍA

- Ash M., et. al, Oral Pathology (an introduction to general and Oral Pathology for higienists), Editorial Major, 6ª edición, Philadelphia, 1999, pp. 50-54. P. 458
- Alvarez, Idaigna, Creath J. C. Radiographic considerations for supernumerary tooth extraction: Report of case. Journal of Dentistry for children., March-April 1995 P.144.
- Barberia, Leache Elena. Odontopediatría. Editorial Masson, 2ª . edición, Barcelona, 2001 pp. 59 –70, 147-150. P. 580
- Bhaskar S.N., Orban, et. al. Histología y Embriología de Orban. Editorial Libreria Atenea, 9ª edición, Argentina,1986, pp, 44-47,436-439. P.760
- Bhaskar. S.N. Patología Bucal, Ed. El Ateneo, 3ª edición, 1979, pp. 87-88 P. 513
- Brien O. Radiología Dental, Traducción Dra. María Lourdes Hdz. Cazares, Ed. Interamericana, 4ª edición, México 1985. pp. 262. P. 415
- Carames, de Aprile Esther. Anatomía y Fisiología, Patologías del Órgano Bucal. Editorial Mundi, 2ª edición, Argentina, pp. 44-47. P. 450
- Carl O. Atkins, Jr. and Arthur P. et al. Management of a supernumerary tooth fused to a permanent maxillary central incisor, Oral Surgery . Oral Medicine. Oral Pathology, 1986; 61: 146-148. P.150
- Cátedra de Odontología Pediatrica, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. Conceptos Básicos de Odontología Pediatrica. Editorial Disinumed C.A. Caracas,1996, pp. 510,511. P. 857
- Diamon, Moses. Anatomía Dental. Editorial UTEHA, 8ª reimpresión, México, 2000, pp, 174-177. P. 435
- Dowling P.A.& Delap E.A . A case with bilateral paired maxillary supernumerary incisor teth of supplemental and tuberculate form., International Journal of Paediatric Dentistry 1997; 7: 91-94 P.94

- Gay, Escoda Cosme, L. Berini Ayter. Cirugía Bucal. Editorial Argón, 1ª edición, Madrid,1999, pp.526-550. P.1370
- G.A. Grimanis, A.T. Kyriakides, et al. Un estudio sobre molares supernumerarios, Quintessence International, Edición Mexicana, Vol.1, N° 3, Enero/Febrero, 1993.
- Giunta. John L. Patología Bucal, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, 3ª edición, México, 1991, pp52-54. P. 680
- H, Guy, H. Poyton et. al., Radiología Bucal. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill, 2ª edición, México,1992, pp. 93-95. P. 370
- Hatson. H. Ernest, et al., Crecimiento y desarrollo del niño. Editorial Trillas, 4ª edición, 12ª reimpresión, 1989, pp. 369 P. 466.
- Jeffrey H. Camm, A. et al. , Gemination, Fusion and supernumerary tooth in the primary dentition: report of case .Journal of Dentistry for Children, 1989, pp. 60-61.
- Kay. L.W., Haskell R. Atlas de enfermedades Orofaciales, Editorial Científico Medica, Barcelona, 1974. Pp. 84. P. 430
- Lawrence W. Meadors, Heerschel L. Jones, Incisivos primarios fusionados con supernumerarios sustitutos en el área de un labio leporino: caso reportado, Journal of Pediatric Dentistry Practice, edición en español, 1993-1994;4, 52-54. P. 55
- Luigi Quasso,Roland M. Marrek, et al., Los dientes supernumerarios: Aspectos preventivos, quirúrgicos y ortodónticos., Journal of Pediatric Dentistry Practice, 1997;2: 5-12. P.14
- Mason C., N. Azam, et al., A retrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth., British journal of oral & Maxillofacial Surgery, 2000; 38, 62-65. P. 65
- Mc. Donald, Ralph, Odontología para el niño y el adolescente. Editorial Mundi, 4ª edición , Argentina ,1987. pp. 547-550. P. 740

Regezi, J.A., Sciubba J., Patología Bucal, Editorial Interamericana McGraw-Hill. 2ª edición México. 1995. P. 641.

Ripamonti Ugo, Jean Claude Petit, et al. A supernumerary tooth in a 1.7 million-year-old Australopithecus robustus from Swartkrans , South Africa. European Journal of Oral Science, 1999; 107; 317-321. P.325

Sanders, Bruce. Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica, Editorial Mundi. Argentina 1984. Pp. 616

Vander, Waal-Vander Kwast. Oral Pathology. Editorial Quintessence Publishing Co. Germany, 1988, pp. 118. P. 310

Varela, Margarita, Problemas Bucodentales en Pediatría, Editorial Argon, Madrid, 1999, pp 45-46 tp 241-242. P.415

Walter, C.Guralnick, Tratado de Cirugía Oral, Editorial Salvat, España, 1971. P.127-128,P.574

Walter, Figueiredo,R. Ferelle Antonio, et al., Odontología para el Bebe (odontología desde el nacimiento hasta los 3 años), Editorial Amolca, 1ª edición, Colombia, 2000. P. 500

Young and Sedano. Atlas of Oral Pathology. Imp. University of Minnesota, Minneapolis, 3ª edición, Minnesota,1988, pp. 161.P. 340