



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Manejo de diente Supernumerario y Rehabilitación Integral
Reporte de caso Clínico

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA

P R E S E N T A:

KATY ALEXANDRA HIDALGO VILAÑA

TUTOR: Mtro. CÉSAR DARÍO GONZÁLEZ NÚÑEZ

REVISORES: Mtro. OMAR PEREZ SALVADOR

Esp.ROBERTO CARLOS MENDOZA TREJO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Manejo de diente Supernumerario y Rehabilitación Integral

Reporte de caso Clínico

Hidalgo Vilaña Katy Alexandra *, González Núñez Cesar Darío

Resumen

La anomalía dental que se presenta con un número extra de órganos dentarios en la serie habitual se conoce como diente supernumerario, existen algunas teorías que explican su posible aparición, sin embargo, su etiología es aún no completamente definida, con una prevalencia mayor en hombres que mujeres, su diagnóstico implica examen clínico-radiográfico, sin embargo, algunas veces es asintomático y se detecta en radiografías de control rutinario. Su tratamiento debe ser evaluado ya que depende de sus características tales como: ubicación, forma, edad del paciente, espacio, estructuras anatómicas adyacentes, siendo un plan de tratamiento individual en cada paciente. Entre las opciones de tratamiento se encuentran: vigilancia, extracción quirúrgica o tracción ortodóncica. El objetivo de este trabajo es describir el manejo clínico de un paciente con diente supernumerario, así como su rehabilitación oral integral, de inicio se programa continuar bajo seguimiento clínico y radiográfico y posteriormente se realizó su extracción quirúrgica, ya que este se presentaba como barrera física para la erupción del premolar. En conclusión, se consiguió la rehabilitación integral de paciente y se realizó la extracción de diente supernumerario posterior a un periodo de seguimiento. Es de vital importancia la prevención y control de pacientes pediátricos en el ámbito de la odontopediatría ya que el diagnóstico temprano ayuda a una mejor y exitoso manejo clínico de estos casos.

Palabras Clave: diente supernumerario, extracción quirúrgica, tracción dental.

Abstract

The dental anomaly that occurs with an extra number of teeth in the usual series is known as a supernumerary tooth. There are some theories that explain its possible appearance. However, its etiology isn't completely defined yet, with a higher prevalence in men than women, its diagnosis involves a clinical-radiographic examination; however, it is sometimes asymptomatic and appears in routine control x-rays. The treatment must be evaluated, because it depends on its characteristics such as location, shape, age of the patient, space, adjacent anatomical structures, being the treatment plan specialized for each patient. Among the treatment options we find surveillance, surgical extraction, or orthodontic traction. The objective of this work is describe the clinical management of a patient with a supernumerary tooth, as well as his oral rehabilitation. At first, it was planned to continue under clinical and radiographic follow-up and subsequently its surgical extraction was carried out, because it was a physical barrier for premolar eruption. In conclusion, oral rehabilitation of the patient was achieved, and supernumerary tooth extraction was achieved after follow-up period. The prevention and control of pediatric patients on pediatric dentistry is of vital importance because of an early diagnosis helps to a better and successful clinical management of these cases.

Key words: supernumerary teeth, surgical extraction, dental traction.

Introducción

La anomalía en el desarrollo dental que se conoce como diente supernumerario, se presenta como un exceso de número de dientes con respecto a la serie habitual, pudiéndose exhibir en cualquier región de los maxilares, en dentición temporal, como permanente (1) (2).

Se ha encontrado que, la prevalencia se presenta entre el 0.3 % y el 0.8 % en la dentición temporal, mientras que en la dentición permanente varía entre 0.1% y 3.8 %, encontrando una incidencia dos veces mayor en hombres que en mujeres. Su diagnóstico se realiza mediante un examen clínico – radiográfico, sin embargo, la mayoría de las veces son asintomáticos, siendo diagnosticados en exámenes rutinarios o control de otras patologías asociadas a la cavidad oral (3) (4).

Etiología

La etiología de dientes supernumerarios no ha sido totalmente definida, no obstante, se han propuesto algunas teorías que buscan explicar su presencia, entre ellas se tienen: teoría de la dicotomía, atavismo, factores genéticos y teoría de la hiperactividad de la lámina dentaria (5).

La teoría con mayor aceptación es la de la hiperactividad de la lámina dentaria, la cual se refiere al crecimiento excesivo, pero al mismo tiempo, organizado de la lámina dental expresándose en un órgano dental extra (6).

La teoría de la dicotomía hace referencia al desarrollo de la yema

dental, la cual se divide en dos órganos dentales, mismos que pueden ser de tamaño similar, o uno de tamaño convencional y el otro dismórfico (7).

Atavismo o también llamada teoría filogenética, plantea que los dientes supernumerarios, resultan de un retroceso de los tejidos dentales, presentándose similares a los tejidos de nuestros antepasados ya extintos (8).

Teoría de los factores genéticos menciona la existencia de tendencia familiar a tener dientes supernumerarios, asociándose a un gen autosómico dominante (1) (5).

Clasificación

Los dientes supernumerarios pueden clasificarse según la posición respecto al maxilar. Aquellos que se encuentran cerca de la línea media son conocidos como mesiodens, mientras que aquellos que se ubican entre el primer y segundo molar son denominados paramolar. Finalmente, los dientes supernumerarios que se encuentran detrás del tercer molar son llamados distomolar (5) (7).

Con base a la morfología, se clasifican como: suplementarios, cuando duplican la anatomía de los dientes, rudimentarios cuando adoptan formas tuberculadas, conoides o se presentan dismórficos (5).

Los dientes supernumerarios se clasifican según su capacidad para emerger en la cavidad oral: aquellos que ya han emergido se llaman erupcionados, mientras que aquellos que no lo han hecho se

conocen como incluidos. Por último, existen los impactados, que no han erupcionado debido a obstrucciones mecánicas por dientes vecinos o estructuras anatómicas (8).

Las complicaciones asociadas con su presencia se presentan como impactación, retención dental o erupción tardía de los dientes permanentes, apiñamiento, formación de diastema, requieren un diagnóstico temprano a fin de planear una terapia correcta (8).

Tratamiento

Existe controversia sobre el manejo y tratamiento de dientes supernumerarios, ya que depende de las características de este, como su forma, tipo, ubicación, edad del paciente, etapa de desarrollo de los dientes permanentes contiguos y disponibilidad de espacio (8)

Existen posibilidades de manejo y plan de tratamiento, mismos que deben ser evaluados de manera individual para cada paciente y tomando en cuenta los detalles mencionados con anterioridad. (9)

Entre las opciones de tratamiento se encuentran las siguientes:

Observación: refiriéndose al control y seguimiento tanto clínico, como radiográfico por el odontopediatra en conjunto con el cirujano maxilofacial, en pacientes en los que el diente supernumerario se encuentra bien orientado, sin patologías asociadas, ni comprometiendo estructuras anatómicas aledañas u otros dientes, se espera su erupción procediendo a realizar una extracción simple, evitando

momentos quirúrgicos complejos. (13) (8)

Extracción: en los casos en los que el diente supernumerario este causando apiñamiento dental, impactación, retención dental o erupción tardía de dientes permanentes o patologías asociadas a tejidos contiguos, el tratamiento será la extracción, con el fin de evitar complicaciones o consecuencias de su permanencia en la cavidad oral.

Según la revisión de la literatura, la etapa de dentición mixta temprana es el momento adecuado para extraer quirúrgicamente los dientes supernumerarios ya que el diente permanente se encuentra en pleno desarrollo y posee fuerza eruptiva, promoviendo su erupción espontánea, en lo opuesto si se realiza la extracción, cuando ya el ápice del diente permanente está cerrado la probabilidad de que el diente permanente no erupcione por si solo o lo haga en malposición es muy alta. (8) (9) (13)

Ortopedia y Tracción Ortodontica

En caso de que no exista espacio para la erupción tanto del diente permanente como el diente supernumerario se debe valorar el uso de aparatos ortopédicos que puedan ayudar en la expansión maxilar y generar espacio tanto para la erupción del diente permanente como para facilitar la extracción del diente supernumerario.

En el caso de que el diente supernumerario fue extraído, y el espacio para el diente permanente es óptimo, pero aun así no ocurre la erupción del diente permanente se debe realizar una ventana quirúrgica

y proceder a la tracción y extrusión guiada realizada por el ortodoncista y cirujano maxilofacial. (9) (13)

El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de un paciente a quien se le realiza una rehabilitación integral y el manejo conservador de un diente supernumerario.

Presentación Caso Clínico

Paciente masculino de 7 años de edad, se presenta el 08 de Agosto de 2019 a clínica de Odontopediatría en la división de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, madre refiere no haber tenido complicaciones durante periodo gestacional, parto normal y a término sin embargo al nacimiento se diagnostica Microtia grado II, como dato importante comenta ser el único en su familia con esta malformación, la madre no refiere antecedentes patológicos personales ni familiares, así como ninguna intervención quirúrgica ni enfermedad sistémica en el paciente. Refiere ser hijo único. El motivo de consulta es por caries dental; a su vez fue remitido de la clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, por diagnóstico presuntivo de diente supernumerario.



Figura 1. Fotografías extraorales Fuente Directa (A) Fotografía de frente (B) lateral izquierda (C)lateral derecha.

Como primera instancia, se realiza historia clínica, documentando hallazgos clínicos, radiográficos, fotográficos como métodos de diagnóstico auxiliares.

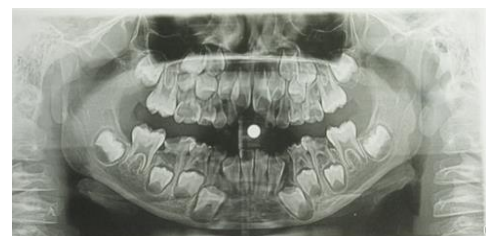


Figura 2. Radiografía Panorámica

Al examen clínico extraoral el paciente presenta perfil convexo, asimetría facial, incompatibilidad labial (Fig.1).

Se establece diagnóstico definitivo: paciente con dentición mixta temprana, oclusión clase molar II derecha y clase molar I izquierda, mordida cruzada posterior derecha espacios primates ausentes en superior e inferior, línea media superior desviada a la derecha presencia de diastema, línea media inferior alineada, porcentaje de placa dentobacteriana de 65.21% según los parámetros del índice O'Leary, múltiples lesiones por caries de diversos grados de severidad en los dientes: C1 en 5.2, 5.4, 6.2, C2 en 6.4, 7.4, 1.6, 4.6, C3 en 6.5, C.4 en 5.5, 7.5 y 8.5. Considerando un porcentaje mayor al 30% de placa bacteriana, múltiples lesiones cariosas y hábitos inadecuados de higiene y dieta, se obtiene como resultado un riesgo alto en caries (Fig.3) y se confirma diagnóstico de supernumerario ubicado en cuadrante superior derecho paramolar no erupcionado, posterior a toma de radiografía dentoalveolar (Fig. 4).

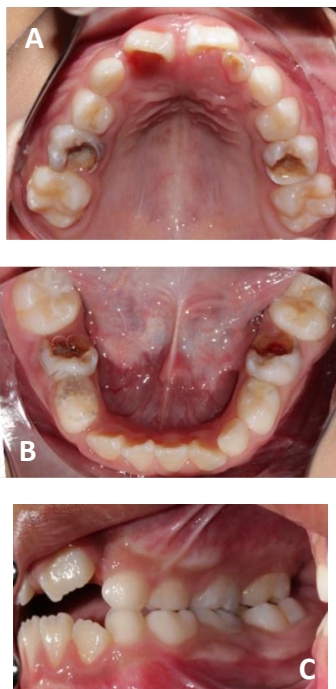


Figura.3 Fotografías Intraorales Iniciales (A)Oclusal Superior, (B) Oclusal inferior, (C)Lateral derecha, (D) de frente en oclusión (E) Lateral izquierda



Figura. 4 radiografía dentoalveolar (se observa diente paramolar)

Como plan de tratamiento se consideró, realizar tratamientos en los dientes 5.4 restauración terapéutica interina (ITR), 1.6, 6.4, 7.4, 8.4 (resina), 4.6 (ITR) con Ionómero de Vidrio Modificado), con el fin de eliminar lesiones cariosas y devolver función, tratamiento pulpar con pasta antibiótica de 6.5 y rehabilitación con corona de acero cromo, extracción de 5.5, 7.5 y 8.5 con la posterior colocación de mantenedores de espacio (tipo banda y ansa y arco lingual) con el objetivo de preservar espacio para la erupción de premolares, se mantienen en observación órganos dentarios 5.2 y 6.2 por su cercanía a exfoliación y como plan preventivo colocación de sellador de fosetas y fisuras en 2.6, 3.6. (Tabla 1)

Diente	Tratamiento	Fecha
5.2 C1	Observación	
5.4 C1	Ionómero de Vidrio	27/01/20
5.5 C4	Extracción/ Mantenedor de Espacio	13/02/20
1.6 C2	Resina	30/09/19
Paramolar	Extracción quirúrgica	16/05/22
6.2 C1	Observación	
6.4 C2	Resina	07/10/19
6.5 C3	Pasta antibiótica Corona Acero Cromo	25/11/19
2.6 Sano	Sellador de Fosetas y Fisuras	14/10/19
7.4 C2	Ionómero de Vidrio	07/10/19
7.5 C4	Extracción/ Mantenedor de Espacio	20/01/20
3.6 Sano	Sellador de Fosetas y Fisuras	14/10/19
8.4 C2	Resina	21/10/19
8.5 C4	Extracción/ Mantenedor de Espacio	20/01/20
4.6 C2	Ionómero Resino Modificado	15/03/22

Tabla.1 Tratamientos

En cuanto al diente paramolar se decide realizar extracción, del diente temporal 5.5, debido a gran destrucción por lesión cariosa con la colocación de mantenedor de espacio. Se programa continuar bajo seguimiento clínico y radiográfico para posteriormente definir el tiempo adecuado de la extracción del diente supernumerario.

Tratamiento

Se realizó rehabilitación integral del paciente incluyendo tratamientos restauradores, pulpares, extracción de dientes temporales colocación de mantenedores de espacio y tratamientos preventivos comenzado el 23/09/ 2019 y terminando el 11/ 03/ 2020 (Fig.5)

Se presenta pandemia por Covid-19 y a pesar de esta y el cierre de clínica se mantiene seguimiento con el paciente vía telefónica, la madre menciona que el paciente se encuentra estable y con sus mantenedores de espacio en boca. Pasado el tiempo la madre se comunica y refiere que se desaloja espontáneamente mantenedor tanto superior como inferior llegando al objetivo y la debida erupción de premolares .



Figura.5 Fotografías intraorales posterior a tratamientos restauradores (A)Oclusal Superior (B)C) Oclusal Inferior

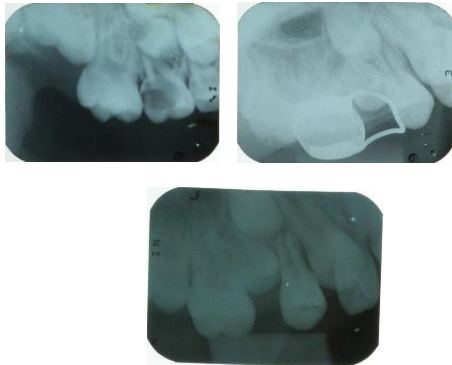


Figura.6 Seguimiento Radiográfico paramolar

A la apertura de clínica el 02/03/2022 el paciente acude a control, se realiza examen clínico, toma de radiografía dentoalveolar y panorámica, como diagnóstico se establece paciente sin lesiones cariosas, se observa diente supernumerario y se envía tomografía axial computarizada para valoración de posición, estructuras anatómicas cercanas, así como también realizar interconsulta con clínica de cirugía oral y maxilofacial para planificación de extracción quirúrgica.

Valorando, clínicamente y con los diversos métodos auxiliares de diagnóstico, en conjunto con la clínica de cirugía, considerando la posición actual, ya que el diente supernumerario tuvo un descenso considerable, pero aun así se presenta como un obstáculo que impide la erupción del premolar se establece plan de tratamiento para la extracción quirúrgica, así como también la colocación de un botón para tracción en premolar 1.5, y posteriormente activarlo con el objetivo de estimular su descenso y colocación de aparato, botón de

Nance, con el objetivo de mantener la longitud del maxilar.

16/05/22 se realiza extracción quirúrgica de paramolar de manera interdisciplinaria con cirugía oral y maxilofacial .

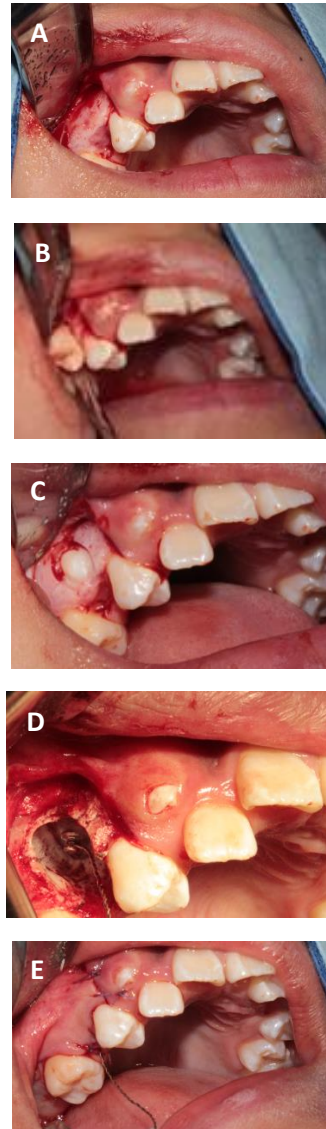


Figura .7 Fotografías extracción quirúrgica para molar

Procedimiento Quirúrgico

1. Asepsia y antisepsia intraoral con clorhexidina 0.12%
2. Infiltración de mepivacaina 2% + epinefrina 1:100000 con técnica local infiltrativa suprapariosteal para bloquear por vestibular a nervio

- dentario superior medio y por palatino al nervio nasopalatino.
3. Espera el tiempo de latencia, se constata efecto de anestesia
 4. Se realiza un colgajo muco perióstico triangular o semi-Newman, que se extiende por los surcos gingivales de distal de primer molar a primer premolar, con descarga en mesial del primer premolar y se expone tejido óseo
 5. Identificada la ubicación del supernumerario (previamente constatada con tomografía) y con una fresa de baja velocidad de carburo tungsteno número 701, se inicia la osteotomía, a manera de pinceladas e irrigación con solución fisiológica, se expone diente supernumerario y es luxado con elevador fino hasta realizar extracción de este.
 6. Hemostasia
 7. Se procede a la colocación de botón ortodóntico en órgano dentario 1.5, protocolo de adhesión sobre cara vestibular y posterior cementación con resina fluida.
 8. Colocación de alambre de ligadura en botón ortodóntico y verificación de correcta adhesión.
 9. Limpieza de la cavidad, y hemostasia.
 10. Reposicionamiento de colgajo, sutura con puntos simples de vycryl 4/0
 11. Se coloca gasa compresiva y se da por finalizada la

intervención quirúrgica .
(Fig.7)

24/05/22 Control de cirugía y retiro de puntos de sutura al presentarse excelente cicatrización y estado de tejidos blandos. Planificación Aparatología Botón de Nance.

Confección Botón de Nance

Toma de impresión con alginato de maxilar superior, obtención de modelo de trabajo, se elige bandas para molares siendo elegidas las #21, toma de impresión de arrastre.

Diseño: Sobre el modelo se dibuja un ansa de retención a nivel de las rugas palatinas, extendiéndose hacia distal, hasta la parte media de las bandas fijadas en los primeros molares, se diseña un botón, el mismo que será de resina acrílica sobre el ansa de retención.

Confección: Con alambre 0.036 y pinza de tres picos se dobla el ansa y se dirigen los extremos hacia distal siguiendo el dibujo del diseño, se fija con cera el alambre, soldar, aislar y se acriliza el botón, pulido y esterilizado. (Figura.8)



Figura.8 Se diseño Botón de Nance como anclaje y para tracción del órgano dentario . fuente propia

08/06/22 Colocación de aparato botón de nance.

16/06/22 se realiza control de paciente se presenta sin lesiones cariosas, con tratamientos restauradores en perfecto estado, porcentaje de placa dentobacteriana de 10.86 % y botón de nance en óptimas condiciones paciente queda bajo seguimiento clínico y radiográfico.

Se realizan controles posteriores 18/08/22 y 05/10/ 22, se observa radiográficamente premolar en descenso sin embargo no posee espacio suficiente para su erupción, así como también amerita corrección de mordida cruzada posterior razón por la cual se remite a clínica de Ortodoncia de posgrado de Odontología UNAM .



Figura.9 Seguimiento descenso premolar

Seguimiento Ortodóntico

Se remite a clínica de Ortodoncia DEPeI UNAM

1. Retirar Botón de Nance
2. Fase I ortopédica Colocar Hyrax con bandas en primeros molares fecha de colocación 14-04-23 indicación 2 vueltas diarias

por 8 días, se activa por 5 días más 12-05-23, bloqueo de hyrax 19-05-23 se mantiene por 3 meses en boca.

3. Fase II ortodóncica con extracciones de órganos dentarios 1.5 y 2.5
4. Colocación de aparatología fija 03/10 2023

Decisión de extracción de órganos dentarios 1.5 y 2.5 por falta de espacio en arco dental y por exceso de proinclinación, lo que no favorecía su tracción ni descenso.

Resultados

Se consigue rehabilitación integral de paciente alcanzando riesgo bajo a caries y se logra extracción de diente supernumerario posterior a seguimiento y a tiempo adecuado, logrando así quitar la barrera física que este representaba para la erupción de premolar, se coloca botón para traccionar premolar, se colocó botón de Nance para mantener espacio y conservar la longitud del maxilar superior, se realizaron citas de seguimiento y remisión de paciente a ortodoncia. (Fig.10)





**Figura.10 Fotografías intraorales
paciente rehabilitado**

**(A) Oclusal Superior, (B) Oclusal Inferior
(C) Lateral Derecha (D) Lateral Izquierda**

Discusión

La literatura describe que la mayoría de dientes supernumerarios se diagnostican casi siempre, como hallazgos en citas de rutina, en algunos casos el motivo de consulta se encuentra relacionado a lesiones cariosas o falta de erupción de un diente. Siendo las herramientas de diagnóstico la ortopantomografía, radiografías oclusales, periapicales y tomografía axial computarizada, misma que brinda una imagen en 3D. En el contexto del caso clínico descrito, el descubrimiento fue fortuito, surgiendo durante la realización de una radiografía panorámica realizada como parte del procedimiento previo al tratamiento de lesiones cariosas. Este hallazgo incidental desencadenó una evaluación más profunda, dando lugar a una comprensión exhaustiva de la situación odontológica, destacando la importancia de las herramientas de diagnóstico en la detección temprana de patologías dentales.

Cahuana (5), en una revisión de 125 casos de dientes supernumerarios, destaca la asociación de estos con alteraciones en la posición y erupción de los dientes permanentes. En el caso abordado, el diente supernumerario actuaba como barrera física para la erupción del premolar, justificando así su extracción quirúrgica.

Mason et al. (11) sugieren la exodoncia de dientes supernumerarios cuando obstaculizan la erupción de dientes permanentes, causan problemas dentales o afectan otras estructuras. Esta información cobra relevancia en el plan de tratamiento, especialmente en el contexto de intervenciones ortodóncicas. El momento óptimo para la extracción quirúrgica es tema de debate.

Rothberg (1984) aboga por la extracción inmediata para prevenir problemas en la oclusión y alineamiento dental, mientras que Koch (1986) sostiene que la extracción puede postergarse, siempre y cuando no haya patologías evidentes y se realicen controles periódicos.(12)

Al considerar la extracción quirúrgica, factores como la etapa de desarrollo dental, posición, orientación, edad del paciente y complicaciones asociadas deben ser cuidadosamente evaluados. En muchos casos, se opta por el monitoreo del diente supernumerario para permitir la erupción adecuada de la dentición permanente antes de proceder a la extracción, minimizando así el riesgo de daño a dientes adyacentes y estructuras vecinas.

En el caso clínico descrito, se llevó a cabo un seguimiento del diente supernumerario utilizando diversas técnicas diagnósticas, como radiografías panorámicas, periapicales y tomografía. Esta monitorización permitió observar la formación radicular del diente permanente y la erupción del diente supernumerario, facilitando su extracción en el momento óptimo y permitiendo que el diente permanente siguiera su ruta de erupción sin obstáculos.

Conclusión

El diagnóstico temprano de dientes supernumerarios puede ayudar a evitar futuras complicaciones y su manejo depende de la etapa de desarrollo dental, la posición y disponibilidad de espacio. Al ser los dientes supernumerarios mayoritariamente de diagnóstico ocasional, el odontopediatra cumple un rol importante en su hallazgo, diagnóstico y tratamiento, al ser el primer filtro en la atención temprana de pacientes. El realizar interdisciplina con las diferentes especialidades odontológicas permite valorar y realizar un tratamiento más eficaz y exitoso .

Bibliografía

1. Mallineni S. Supernumerary Teeth: Review of the Literature with Recent Updates. Conference Papers in Science. 2014; 2014: p. 1-6.
2. Gurler G, Delilbasi C, Delilbasi E. Investigation of impacted supernumerary teeth: a cone beam computed tomograph (cbct) study. Investigation of impacted supernumerary teeth: a cone beam computed tomograph (cbct) study. 2017; 51(3): p. 18-24.
3. Syriac G, Joseph E, Rupesh S, Philip J, Cherian S, Mathew J. Prevalence, characteristics, and complications of supernumerary teeth in nonsyndromic pediatric population of South India: A clinical and radiographic study. J Pharm Bioallied Sci. 2017 Noviembre; 9(5): p. 231-236.
4. Cruz E. Clasificación de dientes supernumerarios: revisión de literatura. Revista estomatología. 2014; 22(1): p. 38-42.
5. Cahuana A, Alfaro A, Pérez B, Coelho A. Dientes supernumerarios anteriores no erupcionados. Revisión de 125 casos. RCOE. 2003; 8(3): p. 263-271.
6. Anthonappa R, King N, Rabie A. Aetiology of supernumerary

- teeth: a literature review. Eur Arch Paediatr Dent. 2013; 14(5): p. 279–288.
7. García S, Villanueva R. Manejo clínico de dientes supernumerarios en la práctica odontológica. Revista ADM. 2009 abril; LXV(2): p. 28-34.
 8. Oropeza M. Dientes supernumerarios. Reporte de un caso clínico. Revista Odontológica Mexicana. 2013; 17(2): p. 91-96.
 9. Alonso A, Tavares C, Primo L. Clinical complications associated with supernumerary teeth: report of two cases. J Clin Pediatr Dent. 2003; 28(1): p. 27-31.
 10. Jiménez G, Medina A, Crespo O, Tovar R. Manejo clínico de dientes supernumerarios en pacientes pediátricos. Revista odontopediatria latinoamericana. 2021; 2(1): p. 48-58.
 11. Mason C, Azam N, Holt R, Rule D. A retrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth. British Journal of Oral Maxillofacial Surgery. 2000; 38(1): p. 62-75.
 12. Patchett C, Crawford P, Cameron A, Stephens C. The management of supernumerary teeth in childhood a retrospective study of practice in Bristol Dental Hospital, England and Westmead Dental Hospital, Sydney, Australia. Int J Paediatr Dent. 2001 Julio; 11(4): p. 259-265.
 13. Jiménez G. Manejo clínico de dientes supernumerarios en pacientes pediátricos. Tesis. Caracas; Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología. Octubre 2011; p29-34