



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA

Tratamiento Quirúrgico de Dientes
Supernumerarios Retenidos en el Maxilar.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

José Humberto Hoil Gómez

Tutor: C.D. Graciela Llanas y Carballo.

Asesor: C.D. Jorge Guillermo Zarza Cadena

MÉXICO D. F.

2007



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.

Gracias a Dios

Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más.

A mis padres:

Con eterna gratitud y veneración, con todo mi cariño por sus sacrificios que hicieron de mí una persona útil.

Sra. María Guadalupe Gómez Hernández.

Sr. Jorge Humberto Hoil Jimenez

Gracias a mi Hermana: Ma. Natalia Hoil Gómez

Por tus comentarios, sugerencias y opiniones. Además de ser una buena amiga eres la mejor compañía para compartir el mismo techo.

Dra. Claudia Diana Bolaños García. (Chibi)

Con todo mi cariño y agradecimiento por tu apoyo, por tu cariño, y comprensión que me permite sentir poder lograr lo que me proponga. Gracias por escucharme y por tus consejos. Gracias por ser parte de mi vida eres increíble.

A mi Directora de Seminario: Mtra Rocío Gloria Fernández López.

Por su asesoramiento en la redacción de mi trabajo y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

Reconocimiento:

A todas aquellas personas que de algún modo contribuyeron en mi preparación profesional, con sincero agradecimiento por su amistad incondicional y estar siempre apoyándome en especial: Ing. Mauricio R. R. C., Lic. Joseef S.P., y a Sebastián A. C. L.

Gracias. !!!

C.D. José Humberto Hoil Gómez.

A mí querida Facultad.

A mis maestros.

Al Honorable Jurado.

A la Dra. Graciela Llanas y Carballo.

*A quien debo agradecer el haber hecho posible la elaboración de este
trabajo, mediante su dirección*

ÍNDICE GENERAL.

1.	INTRODUCCION	5
2.	ANTECEDENTES	6
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
4.	JUSTIFICACION	10
5.	OBJETIVO.....	11
	a. Objetivo General	11
	b. Objetivo Específico.....	11
6.	DIENTES SUPERNUMERARIOS.....	12
	a. Concepto.....	12
	b. Morfología.....	12
	c. Etiología.....	14
	d. Clasificación.....	17
	e. Patología.....	20
	f. Síndromes Asociados.....	22
7.	METODOS DE DIAGNOSTICO DE DIENTES SUPERNUMERARIOS RETENIDOS EN EL MAXILAR.	27
	a. Historia Clínica.....	27
	b. Auxiliares de Diagnostico Radiográficos.....	29
	c. Método Clínico de Diagnostico.....	30
8.	TRATAMIENTO QUIRURGICO	31
9.	INDICACIONES POSTQUIRURGICAS.....	32
10.	CASO CLINICO.....	34
11.	CONCLUSIONES.....	41
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

INTRODUCCION.

Los dientes supernumerarios son anomalías del desarrollo, cuyas manifestaciones típicas suelen ser modificaciones en secuencia y erupción dentaria afectan las denticiones primaria, mixta y permanente, los cuales pueden presentarse como dientes únicos, múltiples, y/o asociados a síndromes. No siempre la extracción de los dientes supernumerarios es necesaria por lo que se debe conocer claramente sus indicaciones además de presentar un estudio radiográfico previo detallado. El protocolo quirúrgico exige una descripción y clasificación de los dientes supernumerarios para planificar su tratamiento quirúrgico, presenta generalmente un pronóstico favorable y sus complicaciones se asocian con cierta frecuencia a las estructuras anatómicas adyacentes.

En los casos asintomáticos podrá aceptar la abstención terapéutica en algunas situaciones concretas, entre las que destacan la ausencia de condiciones patológicas, la necesidad de tratamiento ortodoncico y el cumplimiento por parte del paciente de la realización de controles clínicos y radiológicos, el tratamiento quirúrgico será la regla en la mayoría de los casos, a fin de evitar posibles complicaciones.

El propósito de este trabajo es mostrar que el tratamiento de los dientes supernumerarios, mediante su extracción, depende de la clase y la posición del diente y las consecuencias de estructuras adyacentes a él.

ANTECEDENTES.

Plíneo (23 a 79 aC) 1a. referencia escrita: Timarco, hijo de Nicocles de Pafós, tenía dos hileras de dientes molares. Ripamonti (1999) hace referencia de un *Australopithecus Robustus* de 1.7 millones de años de edad, con un diente supernumerario.

Los dientes supernumerarios (D.S.) son aquellos dientes “extra” o en exceso presentes en los maxilares, es decir, más de 20 en dentición temporal y más de 32 en la dentición permanente. La etiología de los dientes supernumerarios todavía bastante desconocida, por el tipo de dentición humana, difiodonta (dos denticiones) y heterodonta (distinta morfología de cada grupo dentario), el número de dientes de cada dentición y las variaciones de todo tipo sufridas en la evolución filogenética, favorecen su formación. ¹

La causa de la presencia de dientes supernumerarios (D.S.) es desconocida, la teoría más aceptada la que señala que corresponde a un desorden hereditario multifactorial que conduce a una hiperactividad de la lámina dental.¹ Los estudios histológicos relacionados a la odontogénesis indican que durante la evolución del germen dentario, la lámina dental, degenera dando lugar a la persistencia de remanentes de la lamina dental, ya sea como perlas epiteliales o islas epiteliales localizadas en el interior de los maxilares. Si estos restos epiteliales son influenciados por factores inductivos se formará un germen dental que resultara en el desarrollo de un diente supernumerario o de un odontoma²

La herencia también juega un papel importante en la formación de piezas supernumerarias. En la displasia cleidocraneal y en el síndrome de Gardner se pueden hallar múltiples piezas supernumerarias. Por otro lado, la presencia de piezas supernumerarias es un factor importante que altere la erupción normal de las piezas dentarias permanentes y causa diversas complicaciones en el desarrollo de una oclusión normal. Según Shafer, los dientes supernumerarios son mas frecuentes en varones que en mujeres en proporción de 2 a 1.²

Esta proporción es coincidente con la mayoría de los autores, aunque puede encontrarse alguna estadística con una proporción también favorable a los varones 10 a 1.

La morfología de los dientes supernumerarios pueden ser Euomorfo, eutopicos o suplementarios, cuya anatomía coronaria y radicular es idéntica a un diente normal. Heteromorficos, accesorios o rudimentarios; son de forma anormal corona coronica, o bifurcada y sus raíces pueden estar adheridas a la de los dientes contiguos; entre ellos encontramos a los tuberculados, los cuales son de menor tamaño al normal, con múltiples tubérculos en la corona una sola raíz gruesa y curva, aunque también puede ser rudimentaria y estar incompleta o ausente. Los dientes supernumerarios en dentición temporal exhiben menos variedad en la forma que los dientes supernumerarios de la dentición permanente, ya que suelen ser muy parecidos a los dientes normales.³

Los dientes supernumerarios pueden hallarse comúnmente solos, rara vez se presentan de manera múltiple, también pueden ser unilaterales y bilaterales, en el maxilar superior y en mandíbula, la prevalencia es escasa.³

Aunque los casos de dientes supernumerarios múltiples que se han divulgado son escasos, al igual que los dientes supernumerarios múltiples en individuos con otras enfermedades o síndromes asociados que los casos que implican uno o dos dientes supernumerarios implican lo más comúnmente posible el maxilar anterior seguido por la región de la mandíbula.

Cuando se presenta en dentición decidua, por lo regular, es incisivo lateral en el maxilar superior. El diagnóstico de dientes supernumerarios que además estén retenidos, puede suceder durante estudios radiológicos realizados con otra finalidad, y su hallazgo precoz requiere de un examen radiológico rutinario en la dentición temporal.⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a la falta de información acerca de los tratamientos posibles se decidió realizar un estudio y mostrar en un caso clínico de cómo se lleva a cabo el tratamiento quirúrgico.

El cual mostrara como se realiza el tratamiento quirúrgico de dientes supernumerarios retenidos en el maxilar, y el procedimiento quirúrgico que se realizó en el caso clínico se detallará y así tener un pronóstico favorable.

JUSTIFICACION.

En la actualidad no hay suficiente información acerca de los dientes supernumerarios los cuales se encuentran con frecuencia en la población mexicana, debido a la falta de información acerca del diagnóstico y el tratamiento de esta patología, en especial por parte del odontólogo.

La finalidad de este trabajo es informar sobre el diagnóstico de los dientes supernumerarios, en etapa temprana de la dentición primaria y así mismo en la dentición permanente. Se realizara una recopilación de los parámetros que permiten la interrelación de los diferentes tratamientos para obtener el pronóstico más favorable en nuestros pacientes.

Existen casos asintomáticos se podrá aceptar la abstención terapéutica en algunas situaciones concretas, entre las que destacan la ausencia de condiciones patológicas, el tratamiento quirúrgico será la regla en la mayoría de los casos, a fin de evitar posibles complicaciones.

OBJETIVO.

Objetivo General.

Esta investigación y reporte de un caso tienen como objetivo principal el orientar, ayudar e informar a los odontólogos a realizar el diagnóstico y plan de tratamiento adecuado de los dientes supernumerarios, para obtener un pronóstico favorable, además de dar información acerca de esta patología.

Objetivo Específicos.

- 1.- Establecer como se debe realizar una historia clínica para pacientes con D.S. y hacer un buen diagnóstico y plan de tratamiento.
- 2.- Establecer el tratamiento adecuado para los pacientes con D.S.
- 3.- Mostrar el procedimiento quirúrgico para los pacientes con D.S.

DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Concepto.

Los dientes supernumerarios se refieren a una condición caracterizada por la presencia de un número de dientes superior al normal en el arco dental. Debe estar aumentado el número de dientes que componen normalmente cada grupo dentario, sea cual sea la forma y posición del diente que origina este aumento.³ Es importante enfatizar este aumento de número de dientes de un grupo determinado y no de la totalidad dentaria, ya que la existencia de dientes supernumerarios es compatible con la agenesia dentaria, por lo que si solo nos fijamos en el número total, este puede estar compensado y podemos confundirnos en el diagnóstico. A la presencia de dientes supernumerarios también se le conoce con el nombre de hiperodoncia.¹

Es una anomalía muy frecuente e importante que también pueden afectar a la dentición primaria, mixta y permanente, los cuales pueden asociarse como dientes únicos, múltiples, y/o asociados a síndromes.²

Morfología.

Los dientes supernumerarios son órganos dentarios perfectamente constituidos, frecuentemente son pequeños, rara vez grandes. Su morfología puede ser similar a la de los demás dientes de la zona donde se encuentran (eumórfico) o bien, ser de dentículos rudimentarios con distintas formas (heteromórficos).¹

Los D.S eumórfico como ya se ha mencionado su anatomía coronaria y radicular es idéntica a la de un diente normal. Los D.S. de forma Heteromórficos son de forma anormal la corona es cónica, truncada o bifurcada y sus raíces pueden estar adheridas a la de los dientes contiguos: entre ellos encontramos los tuberculados, los cuales son de menor tamaño al normal, con múltiples tubérculos en la corona y una sola raíz gruesa y curva, aunque la podemos encontrar de forma rudimentaria y estar incompleta o ausente. Se observa en los maxilares por

palatino, por la parte superior de las raíces de los incisivos centrales permanentes: rara vez erupcionan en la infancia y los encontramos unilaterales o bilaterales, no son comunes, y generan complicaciones graves por la dificultad para eliminarlos, ocasionando ectópica o retardo en la erupción de los incisivos superiores permanentes, reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes con el consiguiente daño pulpar y dientes vecinos impactados.³

Dentro de los heteromorficos encontramos el diente infundibular, similar al diente normal pero con invaginaciones hacia dentro de la corona, lo que da el aspecto de embudo y por ultimo el diente molariforme con forma de molar o premolar. Es común que las formas cónicas o conoides se coloquen en posición invertida y presenten más tendencia a la erupción.

Imagen 1

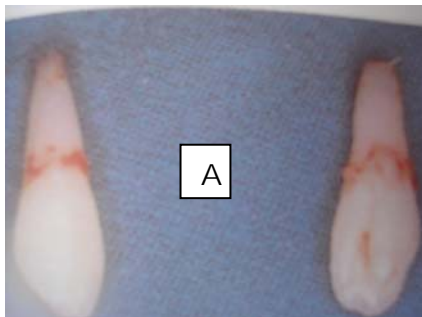
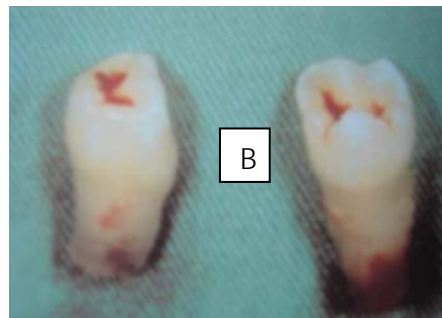


Imagen 2



Dientes supernumerarios Heteromorficos (A) Dientes Conoides (B) Dientes Molariformes

Fuente: Gay Escoda C., Berini Aytés L., "Cirugía bucal", Editorial Ergon, 1a Edición, 1999, pp 512 – 528.

Etiología.

La causa de la presencia de D.S es desconocida pero el tipo de dentición humana, difiodonta (dos denticiones) y heterodonta (distinta morfología de cada

grupo dentario), el número de dientes de cada dentición y las variaciones de todo tipo sufridas en la evolución filogenética, favorecen su formación.¹

La teoría mas aceptada es la que señala a la que corresponde a un desorden hereditario multifactorial que conduce a una hiperactividad de la lámina dental. También se ha sugerido que los supernumerarios se desarrollan a partir del tercer germen dental que surge de la lámina cercana al germen dentario permanente, o posiblemente de la división de este. Esto último es poco probable ya que los dientes permanentes asociados suelen ser normales en todos los aspectos.²

La hiperactividad de las células epiteliales embrionarias del germen dental tiene 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 proliferación y formación de evaginaciones o invaginaciones que darían lugar a nuevos tejidos dentarios. Esta nueva formación dentaria puede partir de cualquiera de los sucesivos estadios embriológicos por los que pasa el diente las posibilidades pueden ser: ¹

Por 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 todo el maxilar: es la lámina dental. Una semana después, de cada una de las láminas aparecen 10 nódulos o yemas dentarias, que formaran los dientes correspondientes a la dentición primaria. Si aparecen otras yemas que logran situarse en la región apropiada para su desarrollo, evolucionaran dando lugar a D.S. en la dentición temporal.⁵

Por sobreactividad del cordón epitelial.- en la octava semana, la yema dentaria prolifera y se separa de la lamina dentaria, quedando unida a esta por una proliferación epitelial llamada "cordón epitelial o gubernaculum dentis". En este momento, 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 este se

sitúe afuera, entonces se forman nuevos gérmenes dentarios, pueden desaparecer o desarrollarse formando un D.S.²

Por sobreactividad de la capa externa de la vaina de Hertwing que empieza a la decimo cuarta semana el germen dentario alcanza ya su forma completa de campana. En este momento empieza la diferenciación histológica: epitelio externo, retículo estrellado, estrato intermedio, epitelio interno. Este conjunto de estructuras, la papila dental y el saco dentario recibe el nombre de folículo dentario, el cual queda completamente constituido entre el quinto y sexto mes de la vida intrauterina. Posteriormente aparece la vaina de Hertwing, 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 de Hertwing puede originar germen de un D.S.³

La vaina de Hertwing crece formando la futura raíz, pero al formarse la primera capa de dentina, la vaina se fracciona y degenera y así se forman unos islotes epiteliales conocidos como restos de Malassez y si estos entran en actividad y se diferencian podrían formar un nuevo germen dentario.²

Los D.S. pueden aparecer de forma hereditaria, así como también por distintos factores como traumatismos o mutaciones evolutivas, que pueden causar una división accidental del folículo dental en dos o mas fragmentos (teoría de la dicotomía).²

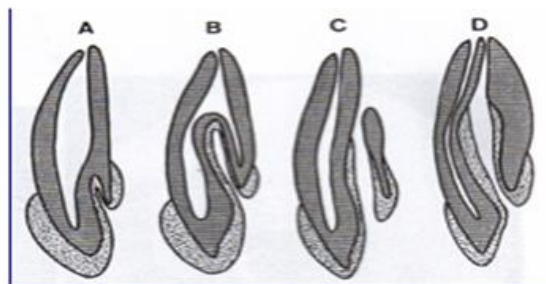


Imagen 3 Vaina de Hertwing.

Explicación etiológica unificada.

Se basa en un modelo multifactorial, que tiene una escala continua e inicio relacionado con el número y tamaño de los dientes. La posición anómala en esta escala está determinada por una combinación de factores genéticos y ambientales.

Cuadro de Incidencia. Tabla (1).

<ul style="list-style-type: none">• Dismorfismo sexual:<ul style="list-style-type: none">○ <i>Hombre 50.4%</i>○ <i>Mujer 49.6 %</i>• Posición:<ul style="list-style-type: none">○ <i>Mandíbula 20.3 %</i>○ <i>Maxilar 79.7 %</i>	<ul style="list-style-type: none">• Impactación:<ul style="list-style-type: none">○ <i>No erupcionados 88.7 %</i>○ <i>Erupcionados 11.3%</i>• Presencia bilateral:<ul style="list-style-type: none">○ <i>Unilateral 23.9%</i>○ <i>Bilateral 76.1 %</i>
---	---

CLASIFICACION.

Cuadro 2: La clasificación se da de acuerdo a su localización:

<p>1.- Mesiodens.</p>	<p>Son los que aparecen entre los incisivos centrales y fueron denominados por Bolk (1917). El mesiodens es el D.S. más común, representa el 50 y 80% del total de</p>
------------------------------	--



Imagen 4: Supernumerario en Zona Anterior

Fuente: Gay Escoda C., Berini Aytés L., "Cirugía bucal", Editorial Ergon, 1a Edición, 1999, pp 512 – 528.

ellos, y se puede presentar aislado o en pares, se han descrito incluso, tres, cuatro o mas. La mayoría de los mesiodens posee coronas en forma de clavija, cono o triangulo, es decir son heteromorficos aunque constituyen órganos dentarios completos. Casi de forma constante se localiza por palatino (80-90%) a nivel apical interincisal e incluidos sin hacer erupción.

2.- Cuarto Molar.



Imagen 5: Cuartos Molares

Fuente: Gay Escoda C., Berini Aytés L., "Cirugía bucal", Editorial Ergon, 1a Edición, 1999, pp 512 – 528.

Es el segundo D.S. en orden de frecuencia. Por estar situado generalmente por detrás del tercer molar, también se le denomina distomolar o retromolar. Su forma y tamaño son bastante variables, aunque generalmente son rudimentarios, pequeño y de forma redondeada o cónica, son mas frecuentes en el maxilar superior. A menudo son bilaterales

Se refiere a aquellos D.S. que se

3.- Paramolares.



Imagen 6: Supernumerario

Paramolar

Fuente: Gay Escoda C., Berini Aytés L., "Cirugía bucal", Editorial Ergon, 1a Edición, 1999, pp 512 – 528.

localizan alrededor de los molares, con forma rudimentaria y frecuentemente erupcionados, estos se pueden encontrar frecuentemente en los espacios intersticiales entre el primero y el segundo molar y posiblemente en el segundo y tercero

4.- Premolares Supernumerarios.





Imagen 7: Premolares Supernumerarios

Fuente: Gay Escoda C., Berini Aytés L., "Cirugía bucal", Editorial Ergon, 1a Edición, 1999, pp 512 – 528.

La frecuencia de premolares supernumerarios en la población general oscila entre 0,09% y el 0.64%, lo que representa del 8 al 9% de todos los D.S. aparecen con mayor frecuencia en la mandíbula. Los de localización mandibular son casi siempre eumórficos, al contrario de lo que ocurre con los que se localizan en el maxilar superior, los cuales acostumbran a ser heteromórficos.

5.- Incisivos Supernumerarios.

De rara presentación, los incisivos supernumerarios mas frecuentes son los laterales superiores. Pueden presentar una forma similar a la de

 <p>Imagen 8: Incisivos Supernumerarios Fuente; Gay Escoda C., Berini Aytés L., "Cirugía bucal", Editorial Ergon, 1a Edición, 1999, pp 512 – 528.</p>	<p>los mesiodens.</p>
<p>6.- Caninos Supernumerarios.</p>  <p>Imagen 9: Canino Supernumerario Fuente; Gay Escoda C., Berini Aytés L., "Cirugía bucal", Editorial Ergon, 1a Edición, 1999, pp 512 – 528.</p>	<p>Su presentación aislada es excepcional, aunque pueden presentarse en pacientes afectados de hendiduras faciales.</p>
<p>7.- D.S. linguales, interdentarios e interradiculares.</p>	<p>Se relacionan con los para molares. Igual que ellos son rudimentarios y con forma de clavija, aunque a veces pueden parecerse a los premolares. Este tipo de D.S. es mas frecuente en la mandíbula.</p>

Patología.

Los D.S. pueden hallarse erupcionados total o parcialmente o estar incluidos en cualquier posición del espacio maxilar lo mas frecuente es que los

supernumerarios causen malposición de los dientes adyacentes o impidan su erupción, pero también existen otro tipo de patologías que causan dichos dientes.

En la inclusión de dientes permanentes debe conducirnos a la investigación de la causa que lo produce y constatar la existencia de un diente supernumerario como origen del problema. Así pues, la erupción retardada de un diente temporal o permanente puede ser la primera manifestación clínica de la presencia de un D.S.⁸

La inclusión de un diente supernumerario conjuntamente o no con la inclusión de un diente permanente, suele producir la deformación de la superficie vestibular o lingual del proceso alveolar, con la prolongación del tiempo de presencia de los dientes temporales.⁵

La malposición dentaria se asocia a la existencia D.S. incluido. En la región incisal, el apiñamiento o la malposición nos hará investigar sobre la existencia de un mesiodens. Si el diente supernumerario erupciona en la arcada, posiblemente producirá malposición de los dientes temporales o permanentes.

También los diastemas es una manifestación de la presencia de los D.S. incluidos. Este signo es muy frecuente en la región incisal superior cuando nos hallamos ante la existencia de mesiodens. Cuando encontremos un diastema debemos realizar una exploración radiográfica con el fin de descartar la presencia de un D.S. incluido, lo cual debe extraerse lo más rápido posible y más si el paciente se encuentra en fase de crecimiento y podrá cerrarse el espacio interproximal sin tratamiento ortodóncico.⁶

Un D.S. puede tener una erupción anormal como puede ser invertida su erupción y puede ser hacia lugares atípicos lejos de la arcada, como es el caso de la erupción hacia las fosas nasales o hacia el seno maxilar, dando lugar a dolor, obstrucción aérea e infección.

Podemos encontrar la formación de caries, por crearse un nicho con retención de placa dentobacteriana y de difícil limpieza, o la existencia de una reabsorción radicular, pueden inducir toda una patología pulpar severa.⁵

El folículo que rodea al D.S. puede dar origen a la formación de un quiste folicular o dentígero que es muy frecuente en las retenciones dentarias. La formación de quistes ocasiona destrucción ósea con su expansión continuada. Por otra parte, el quiste dentígero originado en los D.S. retenidos puede infectarse, dando lugar a sufrir cambios histológicos o incluso convertirse en un ameloblastoma. En casos excepcionales, puede malignizarse dando origen a un carcinoma intraquístico.¹

La Rizólisis y lesiones periodontales se presentan como resultado de la compresión sobre las raíces de los dientes adyacentes por parte del D.S. retenido. Algunas veces se pueden presentar neuralgias faciales persistentes no explicables por otras causas han sido atribuidas a la existencia de D.S. incluidos. En ocasiones, a la extracción de estos han solucionado neuralgias inespecíficas, rebeldes al tratamiento farmacológico convencional.⁴

Síndromes Asociados.

Displasia Cleidocraneal.- La displasia cleidocraneana es un síndrome en el cual hay un crecimiento anormal de los huesos de la cara, el cráneo y las clavículas, con una tendencia concomitante al fracaso de la erupción dentaria. El síndrome puede ser hereditario con un patrón autosómico dominante o aparecer como una mutación espontánea. Las radiografías de los huesos de este tipo de paciente, muestra generalmente líneas de sutura tortuosa y algunas áreas en las cuales las suturas están muy ensanchadas por la ausencia de suficiente crecimiento óseo en las escamas. El maxilar superior aparece deprimido, especialmente respecto a la frente aumentada de tamaño, la nariz es chata, ancha y sin puente. Aunque la mandíbula puede ser de tamaño normal, la mandíbula parece ser mayor debido a la hipoplasia del maxilar superior. Como características intraorales cabe señalar que los pacientes pueden retener la primera dentición hasta la edad adulta; las radiografías ponen en manifiesto numerosos dientes totalmente desarrollados incrustados dentro de la mandíbula o el maxilar, muchos

de los cuales son supernumerarios. El paladar suele ser de forma ovoide y estrecho.⁷

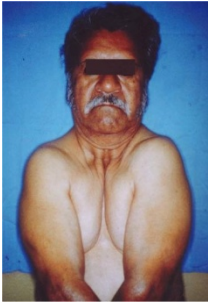


Imagen 10; Displasia Cleidocraneal.

Imagen 11: Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Fuente: <http://odontologia.uchile.cl/departamentos/patologia/casosdelmes>.

Síndrome de Gardner.- Es un trastorno hereditario con un patrón autosómico dominante. El síndrome está constituido por pólipos intestinales múltiples con potencial maligno, dientes normales y supernumerarios no erupcionados, quistes y fibromas de la piel. Pueden aparecer estructuras osificadas con aspecto de hueso compacto maduro en tejidos blandos o adheridos al periostio del hueso de los maxilares.⁵

El síndrome se caracteriza por dientes supernumerarios impactados, osteomas de los huesos faciales, nódulos cutáneos, también hay otras entidades en las que se aparecen masas calcificadas en los tejidos blandos son calcinosis cutánea y las calcificaciones metastásicas, que pueden acompañar a la hipercalcemia. Clínicamente en las radiografías dentales mostrarán la presencia de uno o cuatro dientes supernumerarios, generalmente impactados.

El tratamiento puede que sea necesario extraer las piezas dentales supernumerarias impactadas, ya que pueden provocar maloclusión del resto de la dentadura. Los osteomas pueden extirparse si causan problemas estéticos o funcionales. En caso contrario, su crecimiento es autolimitado y no suelen seguir creciendo durante la vida adulta. Muchos oncólogos recomiendan la resección profiláctica del colon en las aéreas que presentan pólipos.⁷

Síndrome de Fabry-Anderson.- Es una enfermedad hereditaria que sigue un patrón recesivo ligado al sexo, en la que se produce un acumulo de glucolípidos, concretamente ceramidatrihexoxidasa, y que se manifiesta por:

- ✚ Angioqueratosis Difusa.
- ✚ Opacidad Craneal y del Cristalino.
- ✚ Insuficiencia Cardíaca.
- ✚ Insuficiencia Renal.
- ✚ Trastornos Neurológicos.
- ✚ Dientes supernumerarios.

Todavía no se conoce muy bien el mecanismo de aparición de los dientes supernumerarios en este síndrome. Aquí el tratamiento de hiperodoncia será secundario, debido a la gravedad de la enfermedad.¹

Querubismo.- Es el nombre que se designa a una forma hereditaria de lesiones osteofibrosas benignas que se consideran heredadas como rasgo autosómico dominante con una enorme variabilidad en su expresividad. Se encuentra solamente en los maxilares afectando a más de un cuadrante y se estabiliza después del periodo de crecimiento, dejando por lo general alguna deformidad parcial y maloclusión. Cuando existen lesiones expansivas en la mandíbula y el maxilar superior, dan a la cara un aspecto “hinchazón” y a menudo producen una elevación del suelo de las orbitas, haciendo que las pupilas estén dirigidas hacia arriba.⁷

La dentición temporal se puede exfoliar de manera espontánea y prematura, a partir de los tres años de edad. La dentición permanente es defectuosa, y se asocia a dientes supernumerarios con agenesia dental parcial y dientes normales incluidos.

En cuanto a los dientes, suele realizarse pasada la pubertad un tratamiento quirúrgico-ortodóncico combinado de las inclusiones dentarias, con el fin de lograr la mayor rehabilitación oclusal.¹

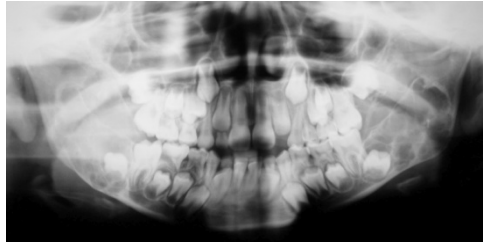


Imagen 12; Querubismo. Imagen 13: Rx Panorámica de Paciente con Querubismo.

Fuente: Sapp, Philip J., D.D.S., M.S. Lewis R. Eversole, D.D.S., M.S.D., M.A., Wysocki P. George. D.D.S., "Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea". Editorial: Harcourt.

Gorlin-Goltz.- Es una enfermedad hereditaria, que se transmite con un rasgo autosómico dominante, con una alta penetración y manifestaciones clínicas variables. Anomalías cutáneas: carcinomas de células basales, quistes y tumores benignos, foseas palmares, queratosis palmo plantar y carcinosis dermal². Anomalías dentales y óseas: Queratoquistes odontogénicos (con frecuencia múltiples), prognatismo mandibular, anomalías de las costillas (costillas bífidas), anomalías vertebrales y braquimetacarpalismo. Anomalías oftálmicas: hipertelorismo con un ancho puente nasal, ceguera congénita y estrabismo interno.⁷

Las manifestaciones bucales que se han relacionado con esta enfermedad son los queratoquistes odontogénicos que no difieren de los que no están relacionados con este síndrome. Estos quistes se originan de los restos de la lámina dental, son más frecuentes entre los 20 y 30 años de edad, predomina en el sexo masculino. La porción posterior del cuerpo y la rama ascendente del maxilar inferior son más comúnmente afectadas. Radiográficamente suelen presentarse como imágenes radiolúcidas uniloculares con bordes radiopacos regulares, aunque en el 20% son multiloculares.

Estas lesiones producen en un 50% de los casos expansión ósea y el 40% de ellos están asociados a dientes retenidos. El tratamiento del Queratoquiste Odontogénico consiste en la excisión quirúrgica. Dentro de los quistes odontogénicos es el más recurrente por lo que se debe realizar un seguimiento del paciente. Otras anomalías dentarias observadas son caries y dientes retenidos.¹⁰

Los queratoquistes del maxilar inferior exhiben una expansión buco-lingual pequeña y pueden extenderse a lo largo de la longitud del hueso. Aunque la mayoría tiene un límite de hueso cortical, la penetración de los planos corticales y el envolvimiento de tejidos adyacentes es posible.⁹

Síndrome de Down.- El síndrome de Down es un grave trastorno genético que ocasiona retraso mental al igual que ciertas deformidades físicas. En este síndrome, la cara tiene algunos rasgos semejantes a los grupos mongoles, de ahí que en el pasado se le denominara, incorrectamente mongolismo.

Cerca de la tercera parte de quienes nacen con síndrome de Down, tienen graves defectos cardiacos, lo que ocasiona la muerte de muchos. Otros sobreviven gracias a una cirugía correctiva. El síndrome de Down es un trastorno genético en el que el niño tiene un cromosoma de más. Tiene tres unidades del cromosoma 21 (trisomía 21) en lugar de los dos normales.

Aún se desconoce por qué el bebé tiene este cromosoma extra, y cómo ello perturba y distorsiona el desarrollo de su estructura y funciones normales. Sin embargo, será uno de los gametos (óvulo o espermatozoide) el que porte en su contenido cromosómico este error. Siendo más frecuente la presencia de esta anomalía en el óvulo que en el espermatozoide, de ahí, que a partir de cierta edad (40 - 45 años) se recomienda a las mujeres evitar el embarazo, ya que existen mayores posibilidades de errores de este tipo.

En el síndrome de Down se ha observado retardo de la erupción en ambas denticiones, comparado con la población normal. En la dentición temporal se ha descrito retardo de la erupción de los incisivos y caninos en ambos maxilares y la serie temporal se completa alrededor de los cuatro o cinco años o después. Los tiempos de erupción de la dentición permanente son también irregulares.

METODOS DE DIAGNOSTICO DE DIENTES SUPERNUMERARIOS RETENIDOS EN EL MAXILAR.

Hoy en día es muy importante y necesario registrar, de manera correcta tanto gramatical como legalmente, nuestro que hacer cotidiano en formatos que sean prácticos, sencillos, claros y fáciles de llenar, integrar y manejar, ya que, en cualquier momento puede ser necesario para llevar un expediente clínico.¹²

Es indudable que los profesionales buscamos las condiciones necesarias, para tener el contacto inicial, lo cual debemos abordar con la suficiente propiedad, para lo que se deben tener datos previos, y deben ser anotados en formato especial, que posteriormente serán transcritos a la historia clínica definitiva.¹¹

El expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole en el que se identifica al paciente y se registra su estado clínico, el informe de estudios de laboratorio y gabinete, diagnósticos y tratamientos a los que será sometidos, así como la evolución y el pronóstico de su padecimiento.¹²

Historia Clínica.

Es la relación ordenada y detallada de los datos y conocimientos personales y familiares, tanto anteriores como actuales, relativos a un padecimiento, que sirven para dar base a un juicio acabado de su enfermedad actual se le conoce como historia clínica.¹¹

En la historia clínica que se realizó en la presentación de este caso clínico se conto con la ficha de identificación del paciente la cual consta de el nombre, su edad, genero según corresponda.

Empezamos a recabar información como lo es su lugar de nacimiento, su nacionalidad, ocupación del paciente, su estado civil, domicilio, teléfono o donde lo podamos localizar.¹²

En la historia clínica nos encontramos con los antecedentes patológicos en los cuales encontramos los hereditarios que son aquellas enfermedades de importancia que hayan padecido o padezcan los familiares en línea directa con el paciente.

Los antecedentes patológicos personales es de importancia hacer saber al paciente de estas preguntas para inducirlo a responder con sinceridad al interrogatorio para indicar el tratamiento mas adecuado a su estado de salud.

Antecedentes personales no patológico se registraran primeramente al aspecto higiénico del paciente como por ejemplo cuantas veces se lava los dientes, su grupo sanguíneo, también las adicciones del paciente, principalmente al tabaco o alcohol, y los antecedentes alérgicos a medicamentos o alimentos. Es necesario saber si ha sido hospitalizado en alguna etapa de su vida y la fecha y causa de dicha hospitalización.¹¹

Como complemento de la historia clínica y de mucha importancia es el padecimiento actual en el cual anotamos lo que el paciente refiere en el momento de la consulta, es decir, la causa por la cual llego con nosotros. En la historia clínica también encontramos la parte de interrogatorio por aparatos y sistemas, exploración física, y lo que nos compete a nosotros la exploración de la cavidad oral en la cual examinamos la articulación temporomandibular, solicitando al paciente que realice movimientos de apertura y lateralidad con el fin de evidenciar ruidos, chasquidos o crepitación, así como dolor, fatiga o limitación en la función normal.¹³

Dentro de la historia clínica se encuentra el odontograma que es donde ponemos los datos de forma grafica y escrita.

Auxiliares de Diagnóstico Radiográficos.

Generalmente en odontología el examen radiográfico se efectúa posterior del examen clínico del paciente. Para comodidad del paciente y estar mas capacitado para dictaminar el diagnóstico, se debe pedir al paciente de acuerdo con la edad,

un estudio radiográfico previo. La radiografía es una herramienta diagnóstica imprescindible como parte de la historia clínica.¹¹

Hay veces que las radiografías se toman antes de la inspección clínica, de acuerdo a las necesidades del examen en la que encontramos una serie de radiografías con las que se cuentan como lo son las radiografías periapicales que son las más usadas en la consulta privada la cual se puede ocupar para diagnosticar solo una pieza dental así mismo como de emergencia de una área afectada.¹⁴

La radiografía panorámica es de primera elección en nuestro campo de estudio. En la investigación de este tipo suele mandarse ese estudio de gabinete a los pacientes debido a que nos brinda un mayor campo visual de la zona y el área donde se encuentra el diente supernumerario y las zonas anatómicas de importancia.¹³

Así mismo las radiografías coronal, lateral de cráneo y las oclusales son de igual manera de suma importancia pero son más específicas para una de las especialidades odontológicas.

Es posible que necesitemos de otro tipo radiografías al realizar antes la inspección clínica, por una rápida visualización de la cavidad oral de nuestro paciente hecha durante la historia clínica como pueden ser por la presencia de fistulas, abscesos y zonas dolorosas. La toma de la radiografía se puede realizar mientras que el profesional profundiza en la historia clínica, permitiendo un ahorro de tiempo y agilizando la emisión del diagnóstico inmediato.¹⁵

Método Clínico de Diagnóstico.

En este apartado encontramos los estudios de gabinete, los cuales se anotarán las proyecciones radiográficas que serán necesarias realizar al paciente con el fin de obtener un diagnóstico veraz, establecer un pronóstico y plan de tratamiento adecuados.¹²

En la Facultad de odontología los estudios de laboratorio que se mandan como parte del protocolo quirúrgico son biometría hemática (BH), tiempo de protrombina (TP) y tiempo de tromboplastina (TPT). Estos son de gran utilidad en aquellos pacientes que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos tanto cirugía mayor como menor, detectando problemas hematológicos (anemia, trombocitopenia y leucocitosis), trastornos en la coagulación (fenómenos purpúricos), alteraciones metabólicas (hiperglucemia) o trastornos cardiovasculares (arritmia, cardiomegalia, etc.).

La biometría hemática permite evaluar en forma morfológica y cuantitativa los diferentes componentes de la sangre: eritrocitos, leucocitos y plaquetas y detecta la presencia de anemia. El tiempo de protrombina mide la capacidad de coagulación de 5 factores de coagulación plasmáticos y el tiempo de protrombina plasmática se utiliza para descubrir deficiencias en los componentes del sistema intrínseco de tromboplastina.¹⁴

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Todo Diente Supernumerario incluido que ocasione sintomatología clínica deberá tener manejo quirúrgico. En los casos asintomáticos se podrá aceptar la abstención terapéutica en algunas situaciones concretas, entre las que destacan la ausencia de condiciones patológicas, la necesidad de tratamiento ortodóncico y el cumplimiento por parte del paciente de la realización de controles clínicos y radiológicos. De todas formas, el tratamiento quirúrgico será la regla en la mayoría de los casos a fin de evitar posibles complicaciones.¹⁶

Se empleará anestesia local en la mayoría de los casos mientras que la posibilidad de administrar anestesia general varía conforme la edad del paciente, el estado general, el grado de cooperación y la dificultad de cada caso. El tratamiento quirúrgico será cuidadoso a fin de no dañar los dientes vecinos que frecuentemente se encuentran en íntima relación con el diente supernumerario. A menudo el manejo quirúrgico se complica por la dificultad de identificar, localizar y extraer los dientes supernumerarios sin dañar los dientes vecinos.¹⁷

El abordaje quirúrgico dependerá de la localización del diente a extraer. En la consulta diaria, los dientes supernumerarios de la región incisiva superior están casi siempre en posición palatina, por lo que en general el abordaje se efectuará mediante una incisión surcal palatino, en la cual debemos elevar el colgajo junto con el periostio hasta encontrar la corona del diente supernumerario.¹⁶

Es preciso distinguir la corona del diente permanente de la corona del diente supernumerario a fin de no cometer errores graves de lesión. En los casos que un diente supernumerario haya ocasionando la imputación de un diente permanente, la corona de este último se libera de los obstáculos óseos y mucosos y se favorece su erupción espontánea, o bien se coloca un medio de tracción para implementar el tratamiento ortodóncico tras finalizar la fenestración.¹⁸

Para realizar el tratamiento quirúrgico de los dientes supernumerarios rara vez será necesaria la odontosección y generalmente suelen ser extraídos con facilidad

mediante la luxación del diente supernumerario, concluyendo el procedimiento con la reposición y sutura del colgajo.¹⁹

En ocasiones, el diente supernumerario puede emigrar hacia el piso nasal y también hacia el seno maxilar, y dar lugar a clínica sinusal odontogénica, la cual obligaría a un abordaje tipo Cadwell-Luc para su extracción.¹⁷

INDICACIONES POSTQUIRURGICAS.

Las indicaciones postquirúrgicas después de la realización del tratamiento quirúrgico son muy simples y sencillas tomando en cuenta que tenemos que prescribir medicamentos antiinflamatorios, dolor analgésico y/o antibiótico.¹⁹ Así mismo nuestro paciente recibe las siguientes indicaciones que deberá seguir al pie de la letra:

- ✚ Mantener la gasa mordida con una presión constante por 60 minutos, luego desecharla.
- ✚ Evitar morder la zona anestesiada.
- ✚ La actividad física debe ser restringida durante las 24 a 48 horas consecutivas al tratamiento quirúrgico.
- ✚ En la presencia de inflamación, con el fin de minimizar la inflamación se debe aplicar compresas frías en el sitio de la intervención durante las primeras 24 horas.
- ✚ La inflamación comenzara a disminuir después de 72 hrs. Esto puede favorecer mediante la aplicación de fomento húmedo caliente a partir del segundo día de intervención.¹⁸
- ✚ Mantener una dieta blanda durante las 24 horas tras el procedimiento.
- ✚ Realizar una buena higiene bucal con cepillo suave y evitar los enjuagues durante las primeras 24 horas después de la cirugía.
- ✚ Evite fumar al menos durante las 48 horas posteriores a la cirugía.
- ✚ Tomar medicamentos señalados por el Odontólogo.¹⁷

Complicaciones:

- ✚ Daño al folículo dental
- ✚ Reducción del epitelio del esmalte de las raíces de los dientes permanentes adyacentes.
- ✚ Infección.
- ✚ Hemorragia.
- ✚ Fx. alveolar, maxilar o mandibular.
- ✚ Parálisis o disestesias.
- ✚ Comunicación a espacio pterigomaxilar, seno maxilar, fosas nasales.

CASO CLÍNICO.

Se trata de paciente del sexo femenino con 11 años de edad que es ingresada a la Facultad de Odontología en la clínica de Cirugía Bucal con fecha 12 de septiembre de 2007, se realizó su historia clínica en la cual se le realizó un interrogatorio indirecto arrojando los siguientes datos de importancia:

Antecedentes Heredofamiliares:

- Ninguno de sus padres tiene antecedentes de dientes supernumerarios.
- Padres sin antecedentes de enfermedades sistémicas.
- Hermano aparentemente en buen estado de salud

Antecedentes Personales No Patológicos:

- No refiere ningún dato de Importancia.
- No refiere hábitos nocivos.

Antecedentes Personales Patológicos:

- Padecimientos de la niñez como lo son parotiditis, varicela.
- También cuenta con inmunizaciones completas.
- No tiene antecedentes traumáticos.
- Nunca ha sido intervenida quirúrgicamente

Métodos de Diagnostico

Diagnostico Clínico y Radiográfico: Se le solicitó una radiografía ortopantomografía, la cual nos revelo un diente supernumerario (Mesiodens) y así como el canino izquierdo.

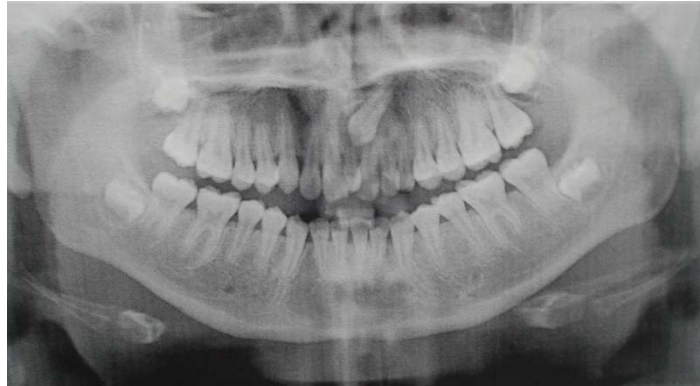


Imagen. 1. Ortopantomografía.

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Tras el estudio radiográfico y la palpación de la zona se emitió el diagnóstico definitivo de un diente supernumerario retenido en el paladar de acuerdo a su localización y clasificación de un mesiodens.

Diagnóstico: Diente Supernumerario en el Maxilar en la parte anterior (Mesiodens)

Plan de Tratamiento: Extracción Quirúrgica del Diente Supernumerario.

Técnica Empleada:

El procedimiento quirúrgico sigue un protocolo que consta de ciertos estudios de laboratorio que incluyen: biometría hemática, tiempo de Protrombina y tiempo de tromboplastina tiempos de sangrado y coagulación.

Previa Asepsia y Antisepsia se prepara la zona con un campo quirúrgico se explora la zona donde se encuentra el diente supernumerario y se procede a la

infiltración del anestésico tipo amida con la técnica supraperiostica en dirección de los centrales y por palatino en el agujero palatino anterior.



Imagen. 2 Extracción de Diente Deciduo

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Hacemos la extracción del diente deciduo que impide la exfoliación de los permanentes.



Imagen. 3. Incisión Lineal

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Después de realizar la extracción del diente deciduo con un bisturí hacemos una incisión lineal sobre el reborde de la encía a nivel de los dientes anteriores.



Imagen. 4. Incisión Lineal

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Aquí se muestra la separación de la mucosa después de la incisión lineal realizada a nivel del reborde alveolar.



Imagen. 5. Sindesmotomia

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Se procede a separar el colgajo mucoso por medio de la legra hasta ver la corona clínica del diente supernumerario levantando con mucha precaución el colgajo para no desgarrarlo.



Imagen. 6 Luxación del D.S.

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Se luxa el D.S. con el elevador recto, tomando en cuenta no lesionar los dientes adyacentes.



Imagen. 7 Extracción Propiamente Dicha de D.S.

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

El último paso es la extracción propiamente dicha la cual se lleva a cabo por medio de una pinza.

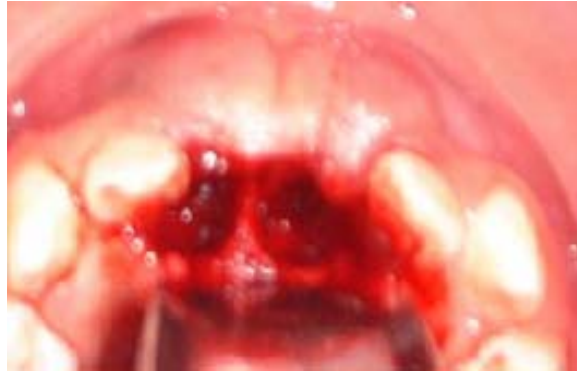


Imagen. 8 Irrigación de la zona

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Posteriormente se hace el tratamiento de la cavidad.



Imagen. 9 Sutura.

Cortesía de la Mtra. Rocío Gloria Fernández López

Se reposicióna el colgajo y se sutura con 3 puntos aislados.

Le damos al paciente las siguientes indicaciones después de la intervención quirúrgica:

- ✚ Mantener la gasa mordida con una presión constante por 20 minutos.

- ✚ En caso de dolor e inflamación toma un analgésico con un antiinflamatorio el cual aparece en la receta indicada.
- ✚ Si existe inflamación comenzara a disminuir después de 48 hrs. Esto puede favorecer mediante la aplicación de fomento húmedo caliente a partir del segundo día de intervención.
- ✚ Mantener una dieta blanda durante las 24 horas tras el procedimiento.
- ✚ Realizar una buena higiene bucal con cepillo suave y evitar los enjuagues durante las primeras 24 horas después de la cirugía.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a la investigación que se realizó en el caso clínico presentado en este trabajo podemos concluir que los dientes supernumerarios se presentan con mayor incidencia en el maxilar; hasta la fecha no se cuenta con información bibliográfica suficiente al respecto. Así mismo la etiología de los supernumerarios es desconocida y poco específica. Las dos grandes teorías aceptadas hasta la fecha son la hiperactividad de las células epiteliales embrionarias (en donde la teoría de hiperactividad de la lámina dental es más aceptada) y la escisión del folículo dental (en donde la teoría de la dicotomía es más aceptada).

Puedo concluir que los dientes supernumerarios son una patología igual de importante como cualquier otra de la cavidad oral. Es importante conocer como podemos detectar los dientes supernumerarios teniendo en cuenta que podemos encontrarlos de manera incidental al hacer un estudio radiográfico que es el complemento del estudio diagnóstico del paciente, para iniciar su tratamiento integral. Los D.S. pueden dañar estructuras adyacentes y comprometer en pacientes pediátricos la erupción dentaria por lo cual en el presente trabajo, se sugiero la oportuna intervención para evitar las complicaciones más adelante.

Una de las grandes oportunidades que me brindo el presente trabajo es el conocer las diferentes presentaciones de los D.S. así como el reconocer que el diagnóstico y tratamiento oportuno favorece a la reducción en la frecuencia de presentación de complicaciones como el retraso en la erupción de los dientes permanentes, y la reabsorción de las raíces de los dientes vecinos.

Un buen diagnóstico clínico y radiográfico, así como un plan de tratamiento integral, será la clave del éxito del tratamiento

El tratamiento de los dientes supernumerarios es la extracción quirúrgica y el momento preciso estará de acuerdo a la clase, ubicación y efecto que pueda tener sobre las estructuras vecinas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- 1.- Gay Escoda C., Berini Aytés L., "Cirugía bucal", Editorial Ergon, 1a Edición, 1999, pp 512 – 528.
- 2.- Canaval C. Perea M. Kamashiro C, Mayo A., "Dientes Supernumerarios en Odontopediatria", Rev. Estomatol Herediana, 2003; 13(1-2): 27-29.
- 3.- Salas C. Maria Eugenia. Lucena Romero Isbelis. "Dientes Supernumerarios: un Problema Frecuente en Odontopediatria" Rev. Odontologica de los Andes. Vol. 1, 2006. Mérida-Venezuela. Pp 28 – 34.
- 4.- Rodriguez Donado Manuel., Agudo Blass C., "Cirugia Bucal Patologia y Tecnica". Editorial: Masson, 2da Edicion. Pp. 210.d.
- 5.- L. D. Rajab & M. A. M. Hamdam. "Supernumerary teeth: Review of the literatura and survey of 152 cases". Rev. International Journal Of Pediatric Dentistry 2002; 12: 244-542.
6. - Fank, A. Charles. D.M.D., M.S. "Treatment Options For Impacted Teeth". Rev. JADA., Vol. 131, May 2000. Pp. 623-632.
7. - Sapp, Philip J., D.D.S., M.S. Lewis R. Eversole, D.D.S., M.S.D., M.A., Wysocki P. George. D.D.S., "Patología Oral y Maxillofacial Contemporánea". Editorial: Harcourt.
- 8.- Brand Adam, BS, Mojadah Akhavan, DDS, Hongsheng Tong, DDS, Y.A. Kook, and Joseph H. Zernik,DMD,PhD. "Orthodontic, gentic, and periodontal considerations in the treatment of impacted maxillary central incisors: A study twins" Rev: from department of Orthodontics, University of Southem California. 2000; 117: 68-74.
9. - http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2/sindrome_nevus_celulas_basales_gorlin_goltz

10. - <http://www.odontologia-online.com/casos/part/JMLT/JMLT01/jmlt01.html>
- 11.- Dr. Benjamín Gómez Herrera., Examen Clínico Integral en Estomatopediatria Metodología. Primera Edición, Año 2003., Editorial: AMOLCA. Pp.: 27-79
- 12.- Juan Medrano Morales, Franco Alberto Pérez Mata. Expediente Clínico Odontológico. Primera Edición, Abril 2005., Editorial: Trillas. Pp.: 5, 21-25,
13. - F:\HEMATO\serviTP Y TPT.htm-
14. - <http://odontologia.uchile.cl/departamentos/patologia/casosdelmes>.
- 15.- Peterson L. CONTEMPORARY ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY. 4Th ed. Mosby Co. USA 2003.
16. - Raspall G. CIRUGIA ORAL. Ed. Panamericano. Madrid 2000.
17. - Alling Ch, Helfrick J. IMPACTED TEETH. WB Saunders. USA 1993.
- 18.- Baladrón J. ATLAS DE CIRUGÍA ORAL., Ed. Ergon SA. C., Madrid 1997.
- 19.- Lucas Bermudo Añino "Atlas de Cirugía Oral" Editorial: Instituto Lacer de Salud Buco Dental. Edición; 2001 Pp: 20-40.
- 20.- Cap. De Fragata C.D. Heriberto de Sousa Gomes * Igor Lira Gomes. "Frecuencia y Distribución de Dientes Supernumerarios". Medicina Oral., Vol.-IV, julio-Septiembre 2002, N° 3 Pp. 84-87.

- 21.- Ponce-Bravo S, Ledesma-Montes C, Pérez-Pérez G, Sánchez-Acuña G. "Dientes supernumerarios en una población infantil del Distrito Federal. Estudio clínico-radiográfico". Revista ADM 2004; 61 (4): Pp: 142-145
- 22.- Contreras M, Salinas A, Sáez S, Bellet L. "Dientes supernumerarios: presentación de dos casos clínicos". Rev Oper Dent Endod 2007;Pp 5-10
- 23.- M.A. Peñarrocha "Dientes supernumerarios, consideraciones quirúrgicas y ortodoncias" ISSN 0213-4144, Vol. 19, Nº. 4, 2003 , Pp. 263-272.
- 24.- Ingrid Lissette Alas Castillo. Dra. Beatriz Gurrola Martínez, Dr. Luis Fernando Díaz Cepeda. Dr. Adan Casasa Araujo. "INCIDENCIA DE DIENTES AUSENTES Y SUPERNUMERARIOS EN PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO". Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. ISSN: 1317-5823 Caracas – Venezuela.
- 25.- Cahuana-Cárdenas, Abel* Alfaro, Aleyda** Pérez, Betty** Coelho, Ana** "Unerupted supernumerary anterior teeth: a review of 125 cases" 2003 Jun citado 2007 Oct 28.
- 26.- Salcido-García JF, Ledesma-Montes C, Hernández-Flores F, Pérez D, Garcés-Ortíz M. Frecuencia de dientes supernumerarios en una población Mexicana. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9:403-9. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447.
27. - Brook AH. "Dental anomalies in number, form and size, their prevalence in British schoolchildren". J Int Assoc Dent Child 1974; Pp: 37-53.
- 28.- Dr. Malcolm A. Lynch. Medicina Bucal de Burket Diagnostico y Tratamiento. Editorial: Interamericana. 7ª Edicion. Pp: 114-128.

29. - Neville, B., Douglas, D., Carl MA., Bouquot J. ORAL & MAXILLOFACIAL PATHOLOGY. 2 ed. Saunders. USA 2002.

30.- Leco Berrocal, M^a. I.; Martínez González, J. M^a.; Martín Morales, J.F. "Estudio observacional sobre la frecuencia de dientes supernumerarios en una población de 2000 pacientes" Medicina oral, patología oral y cirugía bucal, 2007 MAR-ABR; 12 (2) Pp. 96-100