



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PRESENCIA DE DIENTE SUPERNUMERARIO COMO  
FACTOR PREDISPONENTE PARA LA RETENCIÓN  
DENTAL. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE  
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

CARLOS ALBERTO INCLÁN CHAVARRÍA

TUTORA: DRA. FABIOLA SALGADO CHAVARRÍA

MÉXICO, CD. MX.

2018



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.

A Dios.

*Por haberme permitido llegar a este momento de mi vida, tan increíble, esperada, ilusionada y complicada pero muy maravillosa etapa en la que sin duda a pesar de lo duro que ha sido me ha sabido guiar por el buen camino, dándome las fuerzas necesarias para luchar día a día por mis sueños, brindándome salud y bien estar, pero sobre todo muy especialmente por la bendición de estar rodeado de personas increíbles que me han apoyado a lo largo de este gran camino.*

A mi amada Universidad Nacional Autónoma de México

*Porque es un orgullo muy grande haberme podido formar en las aulas de esta increíble universidad, haber podido recorrer tus hermosas instalaciones, pero sobre todo por la gran formación que recibí en las clínicas de la facultad de odontología en donde día a día se forman los mejores profesionistas.*

A mi tutora Dra. Fabiola Salgado Chavarría

*Por todo el apoyo que me brinda desde el inicio, siendo una fuente de inspiración por la manera de entrega ante su labor como docente, por todos los consejos que recibí de usted además del tiempo que me dedico los días que muy temprano me recibió, gracias por haber sido parte fundamental sobre mi última etapa como estudiante en la Facultad de Odontología de nuestra hermosa universidad.*

## A mi madre Leticia Chavarría Rodríguez

*Por todo lo maravilloso que he podido vivir a tu lado, pero sobre todo por los grandes valores que me has inculcado para ser la persona que hoy soy, por todos aquellos regaños y consejos que me han llevado a ser alguien responsable, dedicado, humilde y honesto. Agradezco infinitamente tu gran apoyo incondicional. Gracias por siempre impulsarme a ser mejor y dar lo mejor de mí, por enseñarme a que es posible tener Fe, por inculcarme a ser una persona positiva ante los días más complicados. Tu sabes que eres lo más importante en mi vida y por todo lo difícil que hemos tenido que vivir juntos hace unos años, hoy dios nos permite seguir juntos para disfrutar de este gran momento, es por ello que hoy te dedico con todo mi cariño este trabajo sin olvidarme también de una persona muy especial que sé que desde dónde quiera que se encuentre estaría muy contento de lo que hemos logrado, a mi abuelo Nicho, para ustedes...*

## A mi Padre Alberto Inclán Pérez

*Gracias por brindarme su apoyo en la medida de lo posible, valoro mucho el esfuerzo que ha hecho trabajando duro día a día para darnos lo mejor a mis hermanos y a mí, por ello una gran parte de este logro es gracias a usted.*

## A mi Abuelo "Nicho" (Francisco Dionisio)

*Gracias por ser la persona que en un inicio me dijo que el ser bombero no me ayudaría a lograr metas y sueños muy grandes, siempre lo eh tenido muy presente porque en base a ello me he enfocado a buscar siempre lo mejor, y que por tal motivo fue unos de los factores del por qué decidiera ahora mi vocación, agradezco a la vida y a Dios por haber disfrutado momentos de sabiduría por todas sus palabras durante casi solo 6 años de mi vida, muy pocos para lo que hubiera querido escucharte y vivir contigo, pero muy agradecido por todo, así que aprovecho este espacio para dedicarte este trabajo y decirle que le amo, hasta donde quiera que se encuentre abuelito esto también es por usted.*

A mis hermanos Evelyn Y Jesús

*Por haber recibido su apoyo incondicional a cada momento, además de haber tenido siempre palabras de ánimo y aliento ante los momentos más difíciles los amo mucho, este logro también es por ustedes mis traviesos no olviden que los amo tanto.*

A mis Tíos Domi, Alejandra y a mi Prima Mariela

*Tíos les quiero agradecer el apoyo para que pudiéramos realizar la cirugía a Mariela, hacer un gran sacrificio el venir desde Puebla y dejar sus labores cotidianas para poder llegar hasta la ciudad lo valoro mucho y sobre todo el haber confiado en mí y en los doctores que me apoyaron para poder realizar con éxito la cirugía. A ti Mariela muchas gracias por haber sido mi paciente, parte fundamental para que me haya decidido por presentar el tema terminal sobre tu caso. Muchas gracias los aprecio y estimo mucho a todos.*

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>ANTECEDENTES</b> .....	10
<b>OBJETIVOS</b> .....	11
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	12
1.1 DEFINICIÓN DIENTE SUPERNUMERARIO.....	12
1.2 DIENTE INCLUIDO.....	13
1.3 DIENTE RETENIDO .....	13
1.4 DIENTE IMPACTADO .....	13
<b>2. ETIOLOGÍA</b> .....	14
2.1 TEORÍA DE LA HIPERACTIVIDAD DE LA LÁMINA DENTAL .....	14
2.1.2 POR SOBREATIVIDAD DE LA CAPA EXTERNA DE LA VAINA DE HERTWIG. ....	15
2.2 TEORÍA FILOGENÉTICA .....	15
2.3 TEORÍA DE LA DICOTOMÍA DEL FOLÍCULO DENTAL .....	16
2.4 FACTORES GENÉTICOS .....	16
<b>3. PREVALENCIA</b> .....	17
<b>4. CLASIFICACIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS</b> .....	19
4.1 MORFOLOGÍA .....	19
4.1.2 CÓNICO.....	19
4.1.3 MOLARIFORME.....	19
4.1.4 TUBERCULADO .....	20
4.2 POSICIÓN .....	20
4.2.1 MESIODENS.....	20
4.2.2 DISTOMOLAR.....	21
4.2.3 PARAMOLAR.....	21
<b>5. COMPLICACIONES POR PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS Y DIENTES RETENIDOS</b> .....	22
5.1 INCLUSIÓN DE DIENTES PERMANENTES.....	22
5.2 MALPOSICIÓN DENTAL.....	24
5.3 DIASTEMA .....	24

5.4 ERUPCIONES ANORMALES.....	25
5.5 PATOLOGÍA PULPAR.....	25
5.6 FORMACIÓN DE QUISTES .....	25
5.7 RIZÓLISIS Y LESIONES PERIODONTALES.....	25
5.8 ALGIAS FACIALES .....	25
<b>6. DIAGNÓSTICO (AUXILIARES) .....</b>	<b>26</b>
6.1 EXAMEN CLÍNICO .....	26
6.2 PALPACIÓN .....	26
6.3 INSPECCIÓN .....	26
6.4 ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS .....	27
6.4.1 RADIOGRAFÍA PERIAPICAL .....	27
6.4.2 RADIOGRAFÍA OCLUSAL.....	28
6.4.3 ORTOPANTOMOGRAFÍA .....	28
6.4.4 RADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO .....	29
6.4.5 TOMOGRAFÍA .....	29
<b>7. TRATAMIENTO .....</b>	<b>30</b>
7.1 ORTODÓNTICO.....	30
7.2 QUIRÚRGICO .....	31
<b>8. PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS ASOCIADOS A SÍNDROMES.....</b>	<b>32</b>
8.1 DISPLASIA CLEIDOCRANEAL .....	32
8.2 QUERUBISMO .....	32
8.3 SÍNDROME DE FABRY- ANDERSON .....	33
<b>9. CASO CLÍNICO .....</b>	<b>34</b>
9.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN .....	34
9.2 FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES.....	34
9.3 EXÁMEN RADIOLÓGICO Y CLÍNICO.....	35
9.4 FOTOGRAFÍAS INTRAORALES .....	36
9.5 RADIOGRAFÍA EXTRAORAL .....	37
9.6 TÉCNICA QUIRÚRGICA .....	37
9.6.1 ANESTESIA .....	38
9.6.2 INCISIÓN .....	38

9.6.3 EXTRACCIÓN DE DIENTE TEMPORAL Y RETENIDO .....	39
9.6.4 OSTEOTOMÍA DEL DIENTE RETENIDO.....	40
9.6.5 EXTRACCIÓN DEL DIENTE RETENIDO .....	41
9.6.6 INCISIÓN Y SINDESMOTOMIA DEL COLGAJO POR PALATINO PARA RETIRAR EL DIENTE SUPERNUMERARIO .....	41
9.6.7 EXTRACCIÓN DE DIENTE SUPERNUMERARIO.....	42
9.6.8 LIMPIEZA DE LA ZONA QUIRÚRGICA.....	43
9.6.9 SUTURA .....	44
9.6.10 POSTOPERATORIO.....	45
.....	46
<b>10. CONCLUSIONES .....</b>	<b>48</b>
<b>11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>

## INTRODUCCIÓN

Durante la práctica odontológica se pueden encontrar una gran diversidad de anomalías dentales en cuanto a su tamaño, forma, número y posición, por ello es preciso tener el conocimiento necesario para poder enfrentar el caso que se presente, estableciendo el mejor diagnóstico y tratamiento con el objetivo de obtener un resultado favorable para la rehabilitación del paciente. Los pacientes con presencia de dientes supernumerarios en la dentición primaria son muy raros. Por el contrario, son relativamente frecuentes los casos de dientes supernumerarios en la dentición permanente. Se encuentran con mayor frecuencia en la región de los dientes anteriores superiores especialmente en los incisivos centrales, dado que estos se pudieran encontrar sobre la línea media, se les da el nombre de mesiodens.

La etiología de los dientes supernumerarios no se ha descrito de manera concreta, sin embargo, diferentes autores proponen varias teorías dentro de las cuales explican la manera en la que se pudiera formar un diente supernumerario, siendo las más comunes la teoría de la hiperactividad de la lámina dental, la filogenética, de la dicotomía del folículo dental y la teoría de los factores genéticos o hereditarios. En ciertos casos estas anomalías tienen la apariencia de dientes normales, en otros son rudimentarias y en forma de gancho, otras se asemejan a formaciones radiculares normales, las coronas en algunas ocasiones hacen erupción por lo menos parcial a través de la encía, pero frecuentemente se encuentran en la región apical de los incisivos centrales superiores, generalmente en posición lingual con respecto a ellos. Los dientes supernumerarios frecuentemente pueden causar retrasos en la erupción dental permanente o anomalías de posición, como diastemas o rotaciones.

Otros factores de complicación, son el desarrollo de quistes dentígeros o si ocurre degeneración ante la deposición del esmalte, se producen quistes primordiales o foliculares. La presión de los dientes supernumerarios puede causar la resorción de sus raíces con el daño pulpar consiguiente.

Un gran porcentaje de la presencia de estas anomalías, se encuentra asociada a la línea media, sobre el maxilar entre los incisivos superiores, también pudiéndose presentar en la zona de los premolares y molares, afectando en menor proporción en la zona de caninos y en la zona mandibular. Teniendo como prevalencia en la población general del 1 a 3%, un diente supernumerario único se presenta entre un 76% al 86%, mientras que la prevalencia entre sexo masculino con respecto al femenino es dos veces mayor en hombres que en mujeres.<sup>8</sup>

Cabe mencionar que es muy importante tener en cuenta la recopilación de diferentes auxiliares de diagnóstico para la detección temprana y oportuna de esta anomalía dental, tales como llevar a cabo un buen examen clínico, realizar la exploración, palpación e inspección del paciente, así como también contar con un estudio imagenológico completo para poder dar el diagnóstico preciso.

El presente trabajo tiene como intención presentar la importancia que tiene el diagnóstico de dientes supernumerarios para poder realizar un procedimiento quirúrgico como alternativa a la rehabilitación total de un paciente y que los resultados sean satisfactorios. Se presentará el caso clínico de una paciente que acudió a la clínica, presentando la anomalía dental de la que a continuación se hará referencia.

## ANTECEDENTES

Los dientes supernumerarios corresponden a una de las alteraciones del desarrollo que acompañan al hombre desde hace ya mucho tiempo. Teniendo reportada su presencia en un fósil de *Australopithecus* (1,7 millones de años), se reportó que el diente supernumerario se encontraba entre el incisivo central y lateral del lado derecho, erupcionando aproximadamente sobre el foramen incisivo teniendo su raíz localizada ectópicamente en el paladar, con una dehiscencia en el hueso palatino alveolar.<sup>1</sup>

Los dientes supernumerarios que aparecen entre los incisivos centrales superiores fueron denominados "mesiodens" por Bolk (1917) autor que consideró que su aparición era una regresión a la dentición de los primates, quienes tenían tres pares de dientes incisivos.

La etiología de los dientes supernumerarios es todavía bastante 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 y podría tener su origen en los restos de la lámina dental, o en láminas accesorias que se desarrollan durante las primeras fases de la formación de los dientes, según lo señalan Gay y Berini (1999).<sup>2</sup>

El primer informe de dientes supernumerarios se atribuyó a Pileto (23-79 AC) quien descubrió que Timarco hijo de Nicoteles tenía dos líneas de molares.<sup>3</sup>

## **OBJETIVOS**

- Discernir el diagnóstico del diente retenido y supernumerario.
- Identificar la presencia de dientes supernumerarios e impactados para poder establecer un tratamiento integral.
- Comprender las diferentes complicaciones que se pueden presentar ante la presencia de esta anomalía dental.

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 DEFINICIÓN DIENTE SUPERNUMERARIO

Los dientes supernumerarios son todos aquellos dientes "extra" o en exceso presentes en los maxilares, es decir, más de 20 en la dentición temporal y más de 32 en la dentición permanente. 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 (Fig.1)<sup>7</sup>.

De tal manera la presencia de dientes supernumerarios conlleva en algunas ocasiones a que el proceso de erupción de los dientes permanentes se vea afectado, ocasionando una variedad de problemas a futuro. Es importante especificar este aumento del número de dientes de un grupo determinado y no del total de la fórmula dentaria, debido a que la existencia de dientes supernumerarios es compatible con la agenesia dentaria, por lo que, si sólo nos fijamos en el número total, éste puede estar compensado y podemos confundirnos en el diagnóstico.<sup>4</sup>

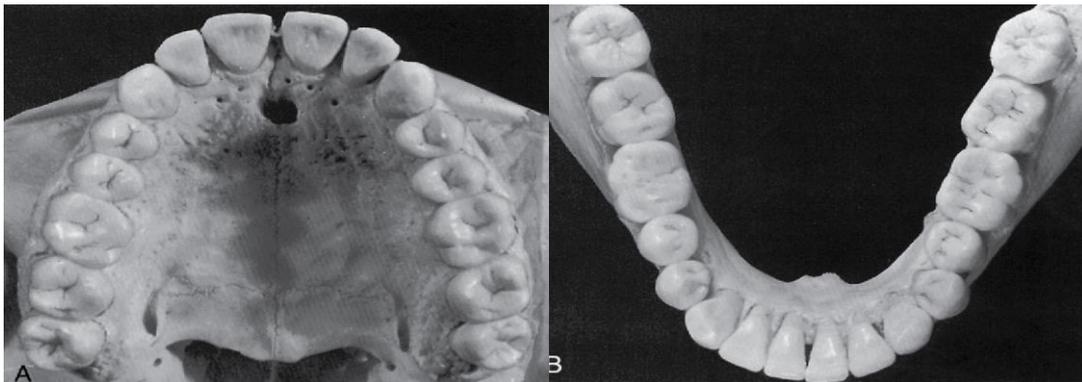


Fig. 1 Dientes permanentes del maxilar y mandíbula.<sup>7</sup>

## 1.2 DIENTE INCLUÍDO

Se conoce como diente incluido a aquel cuya corona aún se encuentra dentro del hueso, pero que de acuerdo con la edad del individuo y el grado de formación radicular, dicha condición no se considera anormal, es decir, que la posibilidad de que el diente en cuestión concluya su proceso de erupción con éxito no sea descartado (Fig.2)<sup>5</sup>.

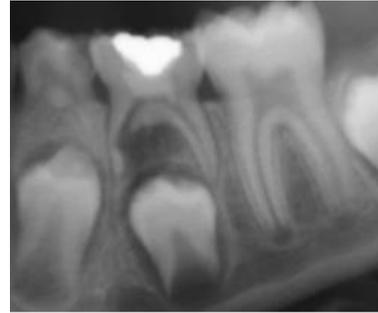


Fig.2 Diente retenido.<sup>5</sup>

## 1.3 DIENTE RETENIDO

Se considera que un diente se encuentra retenido cuando su corona está dentro del hueso en una edad en la que el proceso de erupción ya debería haber tomado lugar. En estos casos la formación radicular ha concluido y el diente ha fallado en su erupción aun cuando aparentemente no se encuentran obstáculos para ello (Fig.3)<sup>5</sup>.



Fig. 3 Diente Retenido.<sup>5</sup>

## 1.4 DIENTE IMPACTADO

Cuando su corona haya encontrado un obstáculo que comúnmente es otro diente o alguna estructura ósea y que le impide concluir su proceso de erupción con éxito. Estos casos pueden presentarse independientemente de la edad, grado de formación radicular y de que la corona se encuentre dentro o fuera del hueso (Fig.4)<sup>5</sup>.



Fig.4 Diente impactado.<sup>5</sup>

## **2. ETIOLOGÍA**

La etiología de los dientes supernumerarios sigue sin estar clara y se han postulado diversas teorías para explicar cómo y por qué se desarrollan. Diversos estudios han afirmado que son el resultado de la hiperactividad de la lámina dental. Otros estudios muestran que el principal factor etiológico es la predisposición genética, que tiene que ver con un trastorno asociado a un gen autosómico dominante. En otros lugares, se cree que están asociados con diversos síndromes o debido a la teoría filogenética, los factores ambientales y la dicotomía de los gérmenes dentales. Mientras que la teoría filogenética, aunque se ha descartado ya que solo explicaría las anomalías individuales de los dientes ectópicos, propone que la presencia de dientes supernumerarios implica una regresión hacia tejidos ancestrales. Con respecto a la dicotomía del germen dental, un desequilibrio entre las moléculas puede hacer que el germen se divida en dos partes de igual o diferente tamaño, lo que dará como resultado dos dientes del mismo tamaño o un diente normal y uno dismórfico, de tal manera explicaremos más a detalle cada una de las teorías a continuación.<sup>5</sup>

### **2.1 TEORÍA DE LA HIPERACTIVIDAD DE LA LÁMINA DENTAL**

Los estudios histológicos indican que durante la evolución del germen dentario la lámina dental degenera, dando lugar a la persistencia de remanentes 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 resultará en el desarrollo de un diente supernumerario o de un odontoma. Los dientes supernumerarios también se pueden formar como resultado de una actividad continua de la lámina dental después de la formación de un número normal de dientes.<sup>6</sup>

### 2.1.2 POR SOBREACTIVIDAD DE LA CAPA EXTERNA DE LA VAINA DE HERTWIG.

A las catorce semanas el germen dentario alcanza ya su forma completa de campana (fase de campana). En este momento empieza 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. 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 campana, la sobreactividad epitelial de la vaina puede originar un germen dental supernumerario.<sup>7</sup>

### 2.2 TEORÍA FILOGENÉTICA

Atribuye el aumento de número de dientes a una reversión hacia la dentición ancestral, debido a que los mamíferos placentarios presentaban 44 dientes totales. Pero estudios evolucionarios sugieren una descendencia humana de especies de mono los cuales tienen denticiones de 32 dientes normales, por lo que esta teoría se ha descontinuado. La hipótesis de la regresión sobre la dentadura humana a la ancestral caracterizada por contener un gran número de dientes, los Mesiodens pueden ser un producto de este proceso y también se cree que esta teoría explica la causa de ocurrencia sobre los supernumerarios distomolares (cuarto molar).<sup>7</sup>

## 2.3 TEORÍA DE LA DICOTOMÍA DEL FOLÍCULO DENTAL

Menciona que, en el estadio de brote o yema el diente se divide en dos partes iguales o en partes de tamaño diferentes, resultando dos dientes iguales o un diente de tamaño normal y otro anormal (dismórfico) respectivamente. El fenómeno de la geminación puede suponer que tiene el mismo origen, pero con un proceso incompleto, prestando apoyo a esta idea, esta teoría parece ser una de las más aceptables.

## 2.4 FACTORES GENÉTICOS

Diversos estudios tienden a demostrar que los dientes supernumerarios pueden ser una anomalía dental heredofamiliar y al aparecer en la misma ubicación en los gemelos monocigóticos. Los patrones de herencia propuestos siguen los principios mendelianos, es decir, pueden ser rasgos autosómicos recesivos dominante o ligado al sexo de modo que explica la existencia de un predominio del sexo masculino sobre el femenino.<sup>7</sup>

### 3. PREVALENCIA

La prevalencia de dientes supernumerarios en dentición decidua es 0.3-0.8%, y en dentición permanente 1.5-3.5%. Un estudio metaanalítico ha demostrado que el valor obtenido para la prevalencia depende directamente de las herramientas de diagnóstico utilizadas, siendo la radiografía panorámica el método de diagnóstico más efectivo, así como radiografías oclusales y periapicales. Los dientes supernumerarios son más prevalentes entre los hombres que en las mujeres en una proporción de 2:1. El maxilar superior presenta dientes supernumerarios con mayor frecuencia que la mandíbula.

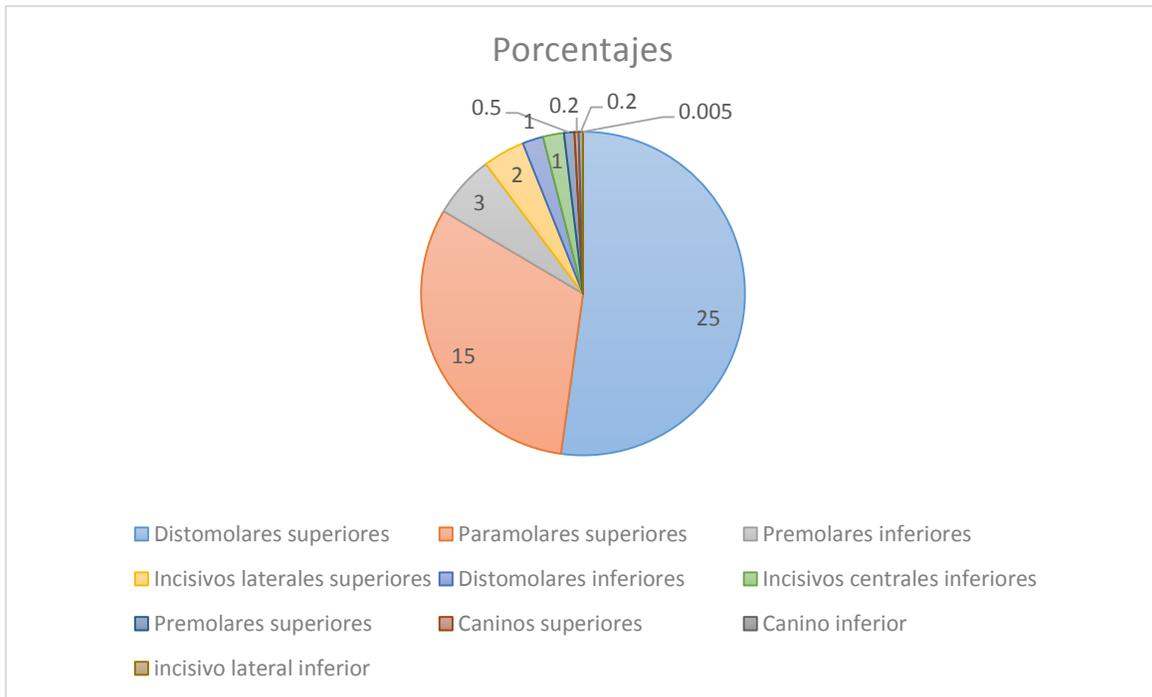
Un estudio de Liu *et al.* de 487 pacientes y 626 dientes supernumerarios, encontraron que estaban ubicados en el maxilar superior en el 92% de los pacientes. En otro estudio de 283 dientes supernumerarios, se ubicaron en el maxilar superior en el 95% de los casos.<sup>8</sup>

Mientras que Mahabob *et al.* analizaron 2.216 pacientes con 27 dientes supernumerarios, el 67% de los cuales estaban situados en el maxilar superior. Los dientes supernumerarios se pueden desarrollar en cualquier región del arco dental superior como inferior, siendo encontrados en un 89% al 96% en la zona anterior del maxilar, y en menos del 5% en la zona canina, premolar y molar.

Canaval (2003) realizó una investigación sobre frecuencia y distribución de las intervenciones quirúrgicas realizadas por diagnóstico de piezas retenidas, supernumerarios y odontomas en pacientes del postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Estomatología de la UPCH de Lima Perú, entre 1996 y 2001. Se registró edad, sexo, tipo de dentición, maxilar afectado, ubicación en la arcada, forma de presentación y tratamiento. La muestra estuvo constituida por 50 historias

clínicas. Se encontró una mayor frecuencia de intervenciones quirúrgicas por la presencia de piezas supernumerarias (56%), siendo más frecuente en el maxilar superior (96.6%) a nivel de la línea media (51.72%) en dentición mixta (96.6%).

De acuerdo a la literatura consultada, el tipo de dientes supernumerarios más común es el mesiodens, pudiendo representar un 83% de los casos. Aunque los dientes supernumerarios pueden encontrarse en cualquier localización, existen zonas preferentes. Así el diente supernumerario más frecuente es el que se localiza entre los incisivos centrales superiores de todos los dientes supernumerarios. Le siguen en orden de frecuencia.<sup>9</sup>



Grafica sobre los porcentajes en frecuencia de aparición de dientes supernumerarios.

## 4. CLASIFICACIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS

Diferentes autores mencionan que los dientes supernumerarios se clasifican de acuerdo a su forma y localización dentro de la cavidad oral.

### 4.1 MORFOLOGÍA

Los dientes supernumerarios pueden imitar la forma de los dientes normales o bien tener una morfología atípica.

#### 4.1.2 CÓNICO

Diente cónico en forma de clavija es el supernumerario más común encontrado en la dentición permanente. Se desarrolla con la formación de raíz antes o en una etapa equivalente a la de incisivos permanentes y generalmente se presenta como mesiodens entre los incisivos centrales superiores, pero rara vez erupciona labialmente. Ocasionalmente puede ser encontrado alto e invertido en el paladar o en una posición horizontal. En la mayoría de los casos el eje largo del diente normalmente está inclinado<sup>10</sup> (Fig. 5)<sup>4</sup>.



Fig.5 Diente cónico.<sup>4</sup>

#### 4.1.3 MOLARIFORME

Con forma de molar o premolar, rara vez se localizan invertidos y este tipo de morfología erupciona en pocas ocasiones, localizadas en maxilar como en mandíbula<sup>10</sup> (Fig.6)<sup>4</sup>.



Fig.6 Dientes molariformes.<sup>4</sup>

#### 4.1.4 TUBERCULADO

Diente con tubérculo o invaginado. Su desarrollo es tardío y se considera un diente representativo de una tercera dentición. Se localizan en la superficie palatina de los incisivos centrales superiores y normalmente impiden su erupción. Puede ser unilateral o bilateral. Pueden presentarse también en la zona molar, especialmente del maxilar superior (Fig.7)<sup>4</sup>.



Fig.7 Diente tuberculado.<sup>4</sup>

#### 4.2 POSICIÓN

Por su localización los dientes supernumerarios pueden clasificarse en distintas formas, pudiendo encontrarse en el maxilar superior como en la mandíbula.

##### 4.2.1 MESIODENS

Es el diente supernumerario más común posee coronas en forma de clavija, cono o triángulo, suelen ser pequeños rara las veces gigantes y tienen una sola raíz. Presentándose de forma unilateral o bilateral; erupcionado o impactado, vertical, horizontal o invertido<sup>11</sup> (Fig. 8)<sup>4</sup>.

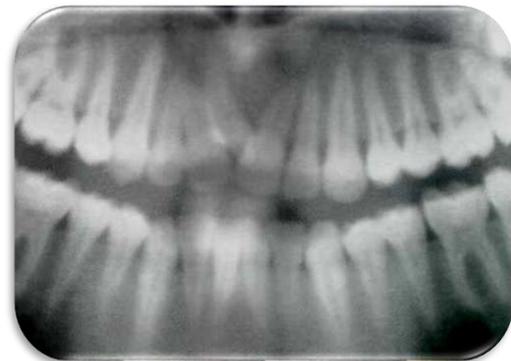


Fig. 8 Presencia de un mesiodens.<sup>4</sup>

#### 4.2.2 DISTOMOLAR

Su forma y tamaño son bastante variables, aunque generalmente son rudimentarios, pequeños y de forma redondeada o cónica<sup>12</sup> (Fig.9)<sup>4</sup>.

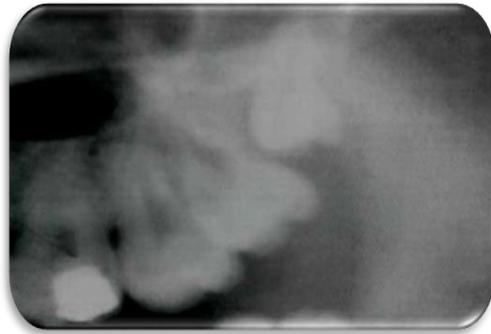


Fig.9 Distomolar superior por distal del OD 28.<sup>4</sup>

#### 4.2.3 PARAMOLAR

El término fue introducido por Bolk y se refiere a aquellos dientes supernumerarios que se localizan alrededor de los molares, con forma rudimentaria encontrándose en el maxilar como en la mandíbula<sup>12</sup> (Fig.10)<sup>4</sup>.

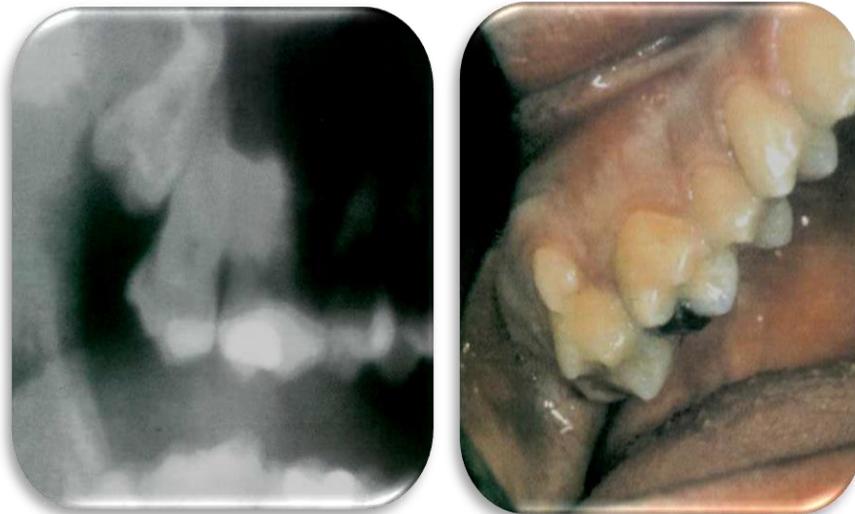


Fig.10 Paramolar situado por vestibular del OD 17 en una vista radiográfica y clínica.<sup>4</sup>

## 5. COMPLICACIONES POR PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS Y DIENTES RETENIDOS

La presencia de dientes supernumerarios generalmente tiende a causar complicaciones debido a su localización y posición estando erupcionados en su totalidad o parcialmente entre los dientes, así mismo también pudiéndose encontrar incluidos sobre las estructuras óseas de la cavidad oral, siendo de tal manera muy común la mal posición dental, así como también evitar que se lleve a cabo la erupción total de los dientes ya sea de la dentición decidua o permanente según el caso en el que se presenten.<sup>12</sup>

### 5.1 INCLUSIÓN DE DIENTES PERMANENTES

Es importante tener en cuenta la cronología de erupción dental, para saber identificar la presencia prolongada de un diente deciduo que por la edad en la que se encuentre el paciente, ya no debería de estar localizado sobre la cavidad oral o bien el retraso del diente permanente, que clínicamente se pueda observar la ausencia, siendo de esta manera que la erupción retardada de algún diente, indique la manifestación clínica de la presencia de supernumerarios<sup>12</sup> (Fig.11)<sup>4</sup>.



Fig. 11 Inclusión de diente permanente por presencia de supernumerario.<sup>4</sup>

A continuación, se muestra la cronología de la erupción de los distintos dientes (Fig.12)<sup>23</sup>



Fig.12 Cronología de erupción.<sup>23</sup>

Tabla 1 Cronología de erupción permanente.

Incisivos centrales inferiores	6 años
Primeros molares	6 años
Incisivos centrales superiores	7 años
Incisivos laterales	8 años
Primeros premolares	9 años
Caninos	10-12 años
Segundos premolares	11 años
Segundos molares	12 años
Terceros Molares	18 años

Tabla 2 Cronología de erupción temporal.

Incisivo central superior	8-12 meses
Incisivo lateral superior	9-13 meses
canino	16-22 meses
Primer molar	13-19 meses
Segundo molar	25-33 meses
Incisivo Central inferior	6 -10 meses
Incisivo lateral inferior	10-16 meses
Canino	17-23 meses
Primer molar inferior	14-18 meses
Segundo molar inferior	23- 31 meses

## 5.2 MALPOSICIÓN DENTAL

En muchas ocasiones los dientes en malposición se asocian a la existencia de un diente supernumerario incluido. En la región incisal, el apiñamiento o la malposición nos hará investigar sobre la existencia de un mesiodens. Los hallazgos más comunes son la torsoversión y el desplazamiento labial, aunque cualquier tipo de malposición puede ser manifestación de un diente supernumerario<sup>12</sup> (Fig.13)<sup>17</sup>.



Fig. 13 Malposición dental en la zona anterior.<sup>4</sup>

## 5.3 DIASTEMA

La separación o los espacios interdentarios pueden ser otra de las manifestaciones precoces de los dientes supernumerarios incluidos. Este signo es muy frecuente en la región incisal superior cuando nos hallamos ante la existencia de un mesiodens<sup>12</sup> (Fig14)<sup>17</sup>.



Fig. 14 Marcado diastema en la zona anterosuperior.<sup>17</sup>

Por ello ante la presencia de cualquier diastema, aconsejaremos efectuar una exploración radiográfica con el fin de descartar la presencia de un diente supernumerario incluido, en cuyo caso deberá extraerse lo antes posible<sup>12</sup> (Fig15)<sup>17</sup>.

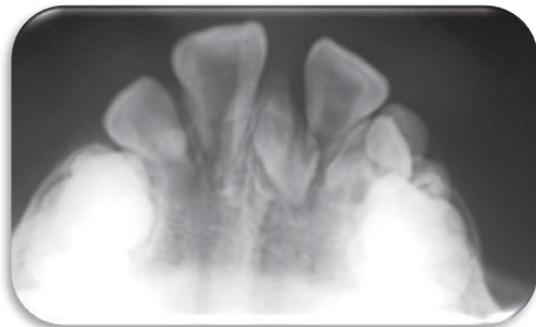


Fig. 15 Examen radiográfico revela la presencia de un diente supernumerario.<sup>17</sup>

## 5.4 ERUPCIONES ANORMALES

Un diente supernumerario invertido puede erupcionar hacia lugares atípicos lejos de la arcada dentaria como es el caso de la erupción hacia las fosas nasales o hacia el seno maxilar, dando lugar a una clínica particular de dolor, obstrucción aérea e infección pudiendo generar que se produzca una alteración en la erupción de un diente de la fórmula normal.<sup>12</sup>

## 5.5 PATOLOGÍA PULPAR

La formación de una caries, por crearse un ángulo con retención de placa bacteriana y de difícil limpieza o la existencia de una reabsorción radicular, pueden inducir toda la amplia gama de la patología pulpar sobre estructuras dentales que se encuentran en su formación total o bien interferir dentro de su desarrollo.

## 5.6 FORMACIÓN DE QUISTES

El folículo que rodea el diente supernumerario puede dar lugar a la formación de un quiste folicular o dentígero, hecho muy frecuente en las inclusiones dentarias. La formación quística ocasionará destrucción ósea con su expansión continuada (Fig.16)<sup>4</sup>



Fig. 16 Quiste folicular originado en un diente supernumerario.<sup>4</sup>

## 5.7 RIZÓLISIS Y LESIONES PERIODONTALES

Se presentan como resultado de la compresión sobre las raíces de los dientes adyacentes por parte del diente supernumerario retenido.

## 5.8 ALGIAS FACIALES

Neuralgias faciales persistentes no explicables por otras causas han sido atribuidas a la existencia de dientes supernumerarios incluidos. En ocasiones, la extracción de éstos ha solucionado neuralgias inespecíficas.<sup>12</sup>

## **6. DIAGNÓSTICO (AUXILIARES)**

Es indispensable contar con diferentes alternativas que nos permitan establecer algún diagnóstico cuando se tiene el conocimiento necesario de poder sospechar ante alguna alteración que no se encuentre dentro de los establecido o normal existen en la actualidad una gran variedad de herramientas que nos ayudan a corroborar o bien a descartar información que se requiere para poder establecer el diagnóstico oportuno y por consiguiente determinar el mejor tratamiento.<sup>13</sup>

### **6.1 EXAMEN CLÍNICO**

La exploración clínica adquiere su valor como primer complemento para la recabación de datos importantes ante alguna anomalía o patología, entendiendo que exploración se presenta como el acto de investigar o examinar. De tal modo la exploración clínica exige el conocimiento puntual de los procesos patológicos y el territorio anatómico en el que se asientan, territorio que abarca estructuras tan importantes como la cavidad bucal y sus órganos dentarios.

### **6.2 PALPACIÓN**

La existencia de dolor nos obliga a efectuar una palpación moderada con el fin de no provocar más dolor del indispensable pudiendo obtener información de la consistencia y otras características de posibles tumoraciones bucales. En ocasiones los pacientes suelen referir molestia por presión generada sobre la mucosa.<sup>14</sup>

### **6.3 INSPECCIÓN**

Con una buena iluminación observaremos detenidamente todas las estructuras orales con el fin de detectar posibles alteraciones o anomalías.

## 6.4 ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS

Los estudios radiográficos integran conocimientos y subespecialidades que rebasan de manera más amplia su concepción primitiva de medio auxiliar para poder brindar el mejor diagnóstico y tratamiento que se requiera.<sup>15</sup>

### 6.4.1 RADIOGRAFÍA PERIAPICAL

El término radiografía periapical describe aquellas técnicas intraorales diseñadas para mostrar dientes individuales. La Técnica en paralelo, el receptor de la imagen se coloca en un soporte ligeramente alejado del diente y se sitúa en la boca paralelo al eje longitudinal del diente, mientras que la técnica de bisectriz el receptor de la imagen se coloca tan próximo al diente sin doblar el paquete direccionando el rayo central mentalmente trazando su bisectriz para obtener la proyección radiográfica sobre la película.

Para determinar la posición mesiovestibular de un diente dentro de la misma proyección periapical, se obtiene mediante la técnica de Clark realizando la toma de dos radiografías complementarias en una angulación; mesiorradial  $45^\circ$  o  $30^\circ$  y distorradial  $45^\circ$  o  $30^\circ$

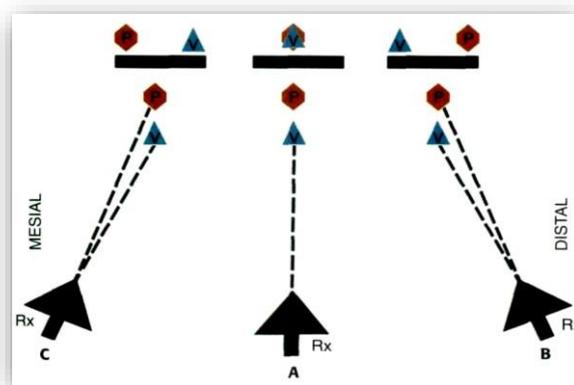


Fig. 17 (A) Proyección perpendicular donde ambos objetos aparecen superpuestos. (B) Proyección distal en la que el objeto palatino se desplaza hacia distal y el vestibular hacia mesial. (C) Proyección mesial en la que el objeto palatino se desplaza hacia mesial y el vestibular hacia distal.<sup>4</sup>

Tomando como referencia el punto del haz de radiación. Si se ubica del mismo lado hacia donde se desplazó la base del cono de Rayos X, entonces el objeto se encontrará más alejada de la fuente de radiación y si se pone del lado opuesto la imagen corresponderá al objeto que se encuentra más cerca de la fuente de radiación, es decir hacia vestibular (Fig17)<sup>4</sup>.

#### 6.4.2 RADIOGRAFÍA OCLUSAL

Esta proyección muestra la zona anterior del maxilar y los dientes superiores anteriores, generalmente está indicada para detección de la presencia de caninos retenidos, dientes supernumerarios y odontomas, así como también la evaluación del tamaño y la extensión de lesiones como quistes o tumores en la parte anterior del maxilar.

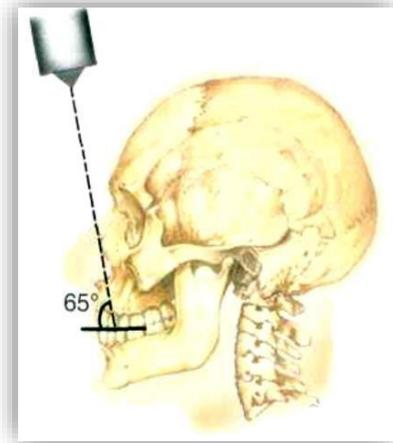


Fig.18 Proyección oclusal.<sup>4</sup>

La técnica se realiza colocando el receptor de imagen adecuadamente sobre las superficies de las caras oclusales de los dientes inferiores, se le pide al paciente que muerda suavemente para que el receptor de imagen quede en una posición central, de 1 a 2 milímetros por delante de los bordes incisales de los dientes anteriores, posteriormente se sitúa la cabeza del tubo de rayos X por encima del paciente en la línea media, apuntando en sentido inferior al Nasión con un ángulo de 65-70° con respecto al receptor de imagen (Fig18)<sup>4</sup>.

#### 6.4.3 ORTOPANTOMOGRAFÍA

La ortopantomografía es un estudio radiológico muy importante necesario para el diagnóstico de patologías y alteraciones que se manifiesten dentro de la cavidad oral, sin embargo se puede diferir que para el diagnóstico preoperatorio de los casos en dientes impactados y retenidos, suele ser una herramienta estándar debido a que la localización de dichas anomalías puede estar distorsionada por la interposición de estructuras adyacentes debido a que esta proyección presenta una superposición de imágenes obteniendo errores de proyección o imágenes borrosas.<sup>16</sup>

#### 6.4.4 RADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO

Es una de las proyecciones radiográficas comúnmente empleadas en la odontología especialmente en el área de ortodoncia para estudios cefalómetros, así mismo utilizada en cirugía bucal y maxilofacial para proporcionar registros antes y después de un tratamiento quirúrgico observando traumatismos, patologías y anomalías del desarrollo. Esta nos ayuda a tener una referencia vestibulo – lingual (Fig.19)<sup>21</sup>.



Fig.19 Lateral de cráneo.<sup>21</sup>

#### 6.4.5 TOMOGRAFÍA

La tomografía tiene como objetivo medir la transmisión de los rayos X a través del paciente en un gran número de proyecciones. Las proyecciones se obtienen mediante la acción combinada del tubo de rayos X rotando alrededor del paciente (Fig20)<sup>22</sup>.

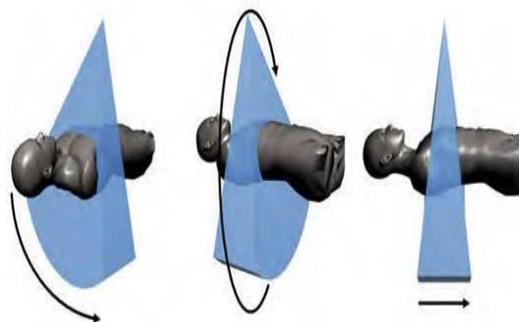


Fig.20 Rotación de proyecciones.<sup>22</sup>

La tomografía es una exploración de indicación más excepcional para el cirujano bucal, pero la buena resolución que se obtiene de las estructuras óseas y la posibilidad de tener imágenes en distintos planos del espacio (axial, coronal, sagital) hacen que sea útil para obtener un mayor conocimiento anatómico de los procesos patológicos de etiología infecciosa, traumática, tumoral o bien alteraciones sobre las estructuras óseas. <sup>17</sup>

## 7. TRATAMIENTO

Para realizar cualquier procedimiento es preciso tener en cuenta factores que predispongan a realizar un tratamiento ortodóncico o bien, efectuar el procedimiento quirúrgico para remover completamente el diente retenido.

### 7.1 ORTODÓNTICO

La gravedad de la retención se determina con la distancia previa al tratamiento desde la cúspide de la retención hasta el borde incisal de los dientes adyacentes en la arcada, la distancia en una inclusión leve es inferior a 12 mm; en una moderada, de 12 a 15 mm y en una grave superior a 15 mm. Esto es importante para valorar la cantidad de ostectomía que se requiere para la exposición coronaria, el tipo de tracción ortodóncica, el tipo de anclaje dentario y el tiempo de tratamiento.<sup>18</sup>

Se deben considerar ciertos factores para llevar acabo la rehabilitación quirúrgica-ortodóncica tales como:

A) Factores relacionados con las posibilidades quirúrgicas:

- Posición y situación de la retención en relación con los riesgos quirúrgicos por posible lesión de las estructuras vecinas o por dificultades de los elementos de anclaje. En general dientes que presenten inclinaciones superiores a 45° tendrán una recuperación complicada.
- Estado del saco pericoronario por la posible existencia de complicaciones tumorales asociadas.
- El estado del ligamento periodontal por la sospecha de posible anquilosis y dificultad para su movilización.
- Estado del ápice dentario debido al grado de reabsorción interna o externa y su anatomía.

## B) Factores con posibilidades ortodóncicas

- Es necesario valorar las posibilidades de movimiento ortodóncico estudiando los factores locales; situación, posición, estado del ligamento periodontal, ápice dentario, medida del diente en relación con su homólogo en la arcada, así como también la longitud corona-raíz.
- Cuando existan dismorfosis asociadas (hipoplasias, retrusiones, hiperplasias maxilomandibulares).

	Métodos de anclaje dentarios		
	Interdentarios	Peridentarios	Epidentarios
Tipos	Pons o pernos Roscados Cementados	Ligaduras cervicales Cofias o coronas	Brackets o botones de cementado directo
Indicaciones	Ligaduras transcoronarias Retenciones profundas Ejes desfavorables	Retenciones con gran exposición coronaria y acceso al cingulo	Retenciones profundas Retenciones bajas sin gran exposición coronaria
Complicaciones	Lesión del esmalte Lesión pulpar Rotura del alambre o pin	Riesgo de lesión de dientes adyacentes 14% de reabsorción radicular 38% de anquilosis	Despegamiento y ruptura de alambre

Tabla 3 Métodos de anclaje.

## 7.2 QUIRÚRGICO

Para llevarse a cabo el procedimiento quirúrgico es necesario haber determinado los parámetros por los cuales es recomendable realizar la extracción dental, tales como la formación de alguna patología quística, problemas en la oclusión dental por malposición, reabsorción radicular de dientes adyacentes y complicación clínica para reposicionar el diente sobre la arcada debido a las dimensiones del diente retenido o bien por la técnica quirúrgica - ortodóncica a emplear.<sup>19</sup>

## 8. PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS ASOCIADOS A SÍNDROMES

Generalmente la presencia de estas anomalías dentarias suelen presentarse debido a factores genéticos hereditarios frecuentemente sobre algunos síndromes.

### 8.1 DISPLASIA CLEIDOCRANEAL

También conocida como enfermedad de Pierre-Marie-Saintom. Se trata de una enfermedad de etiología desconocida, que a menudo es hereditaria que afecta el esqueleto óseo y a los dientes. Cuando se hereda, aparece con patrón autosómico dominante y puede ser transmitida por ambos sexos.

Dentro de las características clínicas tenemos. El cráneo es voluminoso por maduración retardada, debido a un retraso en el cierre de las fontanelas. Cara hipoplásica, con pómulos pequeños y poco prominentes, dando la sensación de un falso prognatismo mandibular. En el aspecto dental estos pacientes suelen presentar retraso en la erupción de la dentición temporal, además de dientes supernumerarios en la arcada inferior sobre la zona central<sup>20</sup> (Fig.21)<sup>6</sup>.



Fig. 21 Displasia cleidocraneal.<sup>6</sup>

### 8.2 QUERUBISMO

Es una enfermedad poco común que afecta ambos maxilares, se considera una variedad clínica de la displasia fibrosa. Esta enfermedad sigue un patrón hereditario por medio de un gen autosómico dominante. 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 asocian dientes

supernumerarios con agenesia dentaria parcial y dientes normales incluidos.<sup>21</sup> (Fig. 22)<sup>6</sup>.



Fig. 22 Querubismo.<sup>6</sup>

### 8.3 SÍNDROME DE FABRY- ANDERSON

Es una enfermedad hereditaria que sigue un patrón recesivo ligado al sexo, los pacientes pueden presentar opacidad corneal y del cristalino, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, trastornos neurológicos y presencia de dientes supernumerarios<sup>22</sup> (Fig. 23)<sup>6</sup>.



Fig. 23 Síndrome de Fabry Anderson.<sup>6</sup>

## 9. CASO CLÍNICO

### 9.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Paciente femenino
- Edad 15 años
- Aparentemente sana
- Ocupación: estudiante
- Lugar de procedencia: Estado de Puebla
- Motivo de la consulta: “me falta un diente”

### 9.2 FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES

Fotos iniciales de frente (Fig. 24) y perfil en donde se aprecia que la paciente presenta un perfil convexo (Fig. 25).



Fig. 24 y 25 Fotografías extraorales de frente y perfil (fuente directa)

### 9.3 EXÁMEN RADIOLÓGICO Y CLÍNICO

Radiografías iniciales en dónde se puede observar la presencia del diente temporal, diente retenido Od (11) y supernumerario en el maxilar (Fig. 26 y 27).



Fig. 26 Radiografía oclusal (fuente directa)



Fig. 27 Radiografía Periapical (fuente directa)



Fig.28 Clínicamente se observa la presencia del diente temporal sobre la arcada dental, así como también se logra apreciar la ausencia del diente 11 generándose un espacio entre el lateral OD 12 y el central OD 21 (fuente directa).

#### 9.4 FOTOGRAFÍAS INTRAORALES

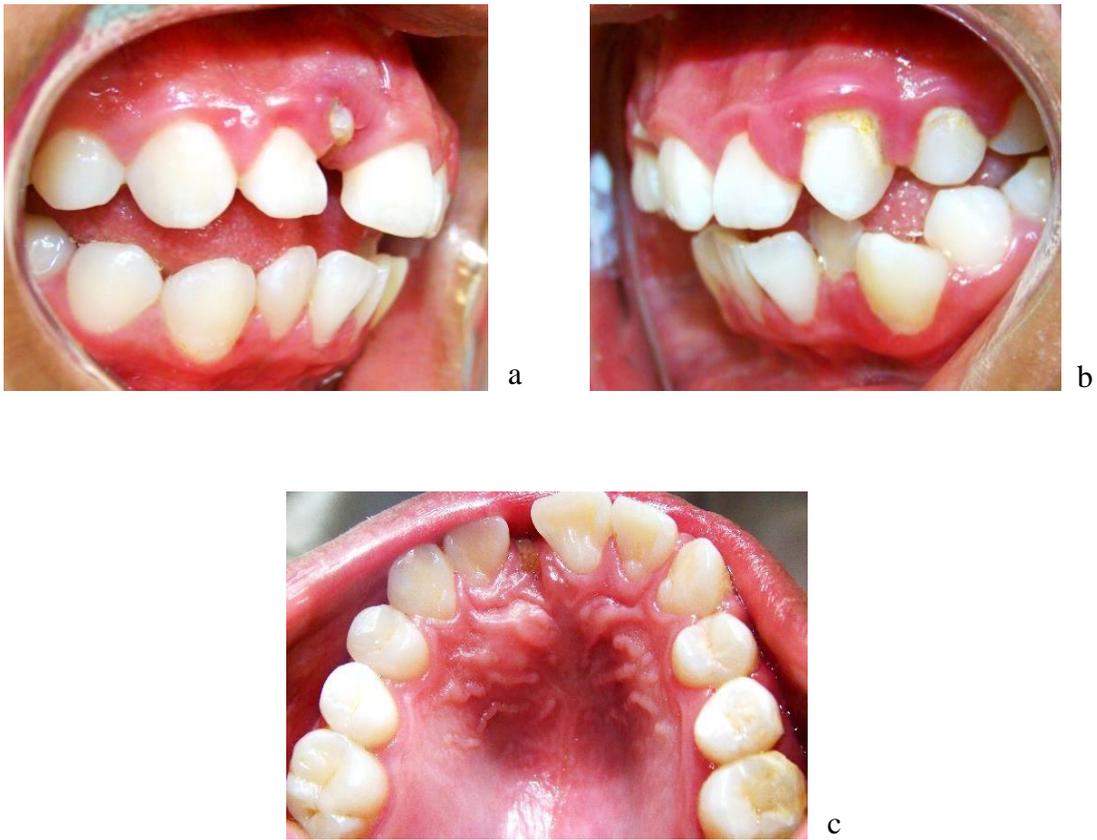


Fig. 29a, 29b, 29c, Fotografías intraorales en donde se puede observar tanto en la toma lateral derecha e izquierda malposición dental y diastema, además de la presencia del diente temporal ubicado sobre la arcada dental haciendo notar la ausencia del órgano dentario 11. En una vista de la arcada superior se observa la ausencia del OD 11 (fuente directa).

## 9.5 RADIOGRAFÍA EXTRAORAL



Fig. 30 Ortopantomografía empleada para poder observar estructuras adyacentes y propias de la anomalía dental, como su posición y localización que nos ayudó a establecer un diagnóstico para posteriormente poder plantear el mejor tratamiento del paciente. Dentro de esta proyección radiográfica, se observan las imágenes superpuestas localizando al incisivo central 11 retenido en una posición horizontal con dirección vestibular, superior a este se nota la presencia del diente supernumerario ubicado sobre la línea media (fuente directa)

## 9.6 TÉCNICA QUIRÚRGICA

Para iniciar con el procedimiento quirúrgico, es indispensable contar con el instrumental requerido para poder llevar a cabo la técnica indicada.



Fig. 31 Instrumental quirúrgico (fuente directa)

### 9.6.1 ANESTESIA

Para iniciar con el procedimiento quirúrgico realizamos la colocación del anestésico, utilizando lidocaína al 2% con vasoconstrictor para obtener un efecto prolongado durante la cirugía, la técnica empleada para infiltrar el anestésico fue supraperiostica entre los incisivos centrales, así como también a distancia sobre el lateral y canino de ambos lados en la parte superior (Fig. 32).



Fig. 32 Técnica supraperiostica de canino a canino (fuente directa)

De igual manera se decidió anestésiar por palatino porque dentro de la técnica se propuso extraer el diente supernumerario de acuerdo a su localización por la parte posterior utilizando la técnica incisiva además de puntos locales a distancia sobre el paladar de canino a canino (Fig. 33).



Fig. 33 Técnica anestésica palatina (fuente directa)

### 9.6.2 INCISIÓN

Se realizó la incisión con mango de bisturí del número 3 y hoja 15, el tipo de colgajo que se indico fue un Newman de espesor total que abarco de canino a canino, realizando incisiones intrasurcales para liberar la papila (Fig. 34).



Fig.34 Incisión intrasurcal de canino a canino (fuente directa)

### 9.6.3 EXTRACCIÓN DE DIENTE TEMPORAL Y RETENIDO

Después de realizar la sindesmotomía, se observó el diente temporal; se realiza la extracción (Fig. 35).



Fig. 35 Diente temporal (fuente directa)

Extracción propia del diente temporal (Fig.36).



Fig. 36 Extracción OD 51 (fuente directa)

Una vez que se extrajo el diente temporal continuamos por hacer la extracción del diente retenido es este caso siendo el órgano dental 11 que se encontraba ubicado más superior entre el central OD 21 y el lateral OD12 (Fig.37).



Fig. 37 Localización del diente retenido (fuente directa)

#### 9.6.4 OSTEOTOMÍA DEL DIENTE RETENIDO

Exposición del diente retenido para realizar la extracción OD11. Debido a su posición dentro del maxilar, se decidió hacer osteotomía sobre el contorno más superior del diente para poder generar una zona de retención que nos permitiera realizar los movimientos de palanca con un elevador (Fig. 38).



Fig.38 Exposición del diente 11  
(fuente directa)

Se inicia la osteotomía con una fresa quirúrgica 702 en la zona lateral y superior del diente retenido, para poder generar una zona de retención en la que podamos realizar la tracción con un elevador recto, durante este procedimiento se requiere la irrigación abundante mientras se realiza el Corte (Fig.39).



Fig. 39 Osteotomía (fuente directa)

Posteriormente con un elevador recto se trata de luxar el diente retenido (Fig. 40).



Fig.40 Inicio de la extracción  
(fuente directa)

### 9.6.5 EXTRACCIÓN DEL DIENTE RETENIDO

Fig. 41 Se observa con el elevador recto se comenzó por extraer el diente retenido sobre la retención que anteriormente se marcó cuando se realizó la osteotomía. (fuente directa).



Fig. 41 Extracción de diente retenido (fuente directa)

### 9.6.6 INCISIÓN Y SINDESMOTOMIA DEL COLGAJO POR PALATINO PARA RETIRAR EL DIENTE SUPERNUMERARIO

Finalmente, para terminar con el acto quirúrgico continuamos por extraer el diente supernumerario, teniendo en cuenta que por su localización tuvo que realizarse en un segundo tiempo quirúrgico, realizando la incisión por la parte palatina de igual manera festoneando los dientes con hoja de bisturí número 15 (Fig. 42).



Fig. 42 Incisión por palatino (fuente directa)

Seguimos por desprender o separar el colgajo de los dientes con la legra, de igual manera siendo de espesor total de canino a canino (Fig.43).



Fig.43 Desprendimiento de colgajo (fuente directa)

Posteriormente ya desprendido el colgajo, tratamos de visualizar el diente supernumerario para seguir con la extracción propia (Fig. 44).



Fig. 44 Localización del diente supernumerario (fuente directa)

#### 9.6.7 EXTRACCIÓN DE DIENTE SUPERNUMERARIO

Se extrajo el diente supernumerario, durante la succión continua para una mejor visualización del campo operatorio al realizar los movimientos propios de la extracción con el elevador, quedo inmerso por la aspiración de la cánula como se puede observar (Fig. 45).



Fig. 45 Extracción del diente supernumerario (fuente directa)

Diente supernumerario después de la extracción. Posterior a la extracción se suturo y le dieron las indicaciones pertinentes a la paciente (Fig. 46).



Fig. 46 Diente supernumerario (fuente directa)

Se observa el diente temporal, diente retenido OD11 y por último el diente supernumerario (Fig.47).



Fig. 47 Extracciones (fuente directa)

#### 9.6.8 LIMPIEZA DE LA ZONA QUIRÚRGICA

Después de la extracción del diente retenido, así es como se observó el defecto óseo (Fig. 48).



Fig. 48 Zona quirúrgica (fuente directa)

Se retiró el remanente de tejido alrededor del alveolo, para posteriormente comenzar con la irrigación (Fig. 49).



Fig. 49 Eliminación de tejido circundante (fuente directa)

Irrigación de suero fisiológico sobre la zona quirúrgica para mantener limpia la superficie ósea previo a realizar la colocación de la sutura (Fig. 50).



Fig. 50 Irrigación (fuente directa)

### 9.6.9 SUTURA

Después de haber limpiado la zona quirúrgica proseguimos por reposicionar el colgajo y este a su vez quedara fijo con las suturas que posteriormente se colocaron (Fig. 51).



Fig. 51 Reposición de colgajo (fuente directa)

Colocación del primer punto de sutura sobre la liberatriz, cabe mencionar que se utilizó vicryl 000 para realizar los puntos de suturas simples a lo largo del colgajo (Fig. 52).



Fig. 52 Punto de sutura en liberatriz (fuente directa)

Continuamos por colocar puntos de sutura simple a lo largo del colgajo para concluir con la parte anterior (Fig. 53).



Fig. 53 Sutura final (fuente directa)

#### 9.6.10 POSTOPERATORIO

Después de 8 días de la cirugía se citó al paciente para valorar la cicatrización, de igual manera para verificar si era posible retirar en ese momento las suturas colocadas durante la cirugía, por lo que en la valoración nos percatamos de que la cicatrización nos permitía el retiro de puntos.

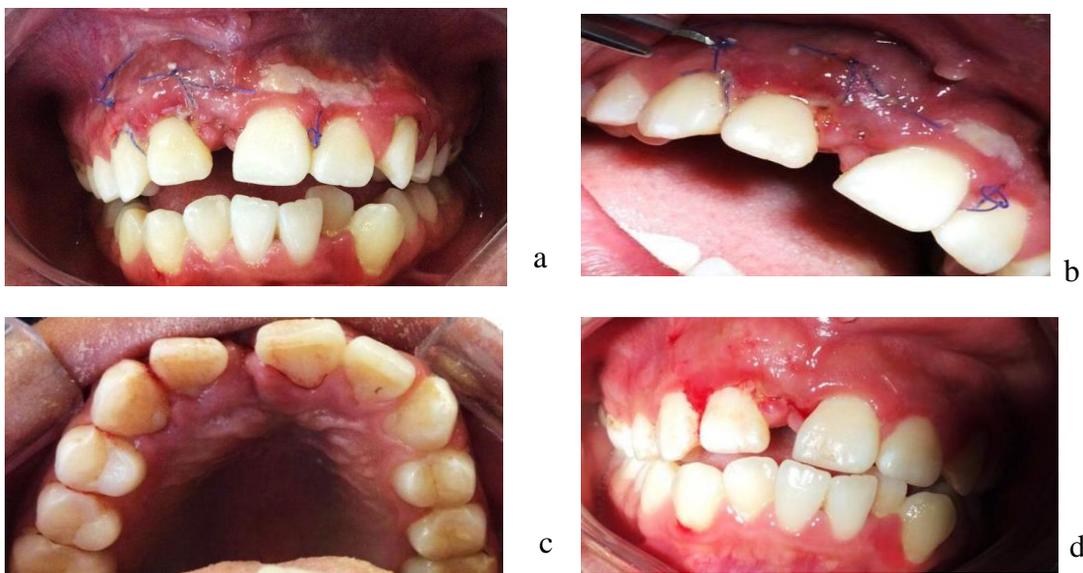


Fig. 54 a, 54b Se observan las suturas y de acuerdo a la cicatrización se recomienda el retiro de las mismas (fuente directa).

Fig. 54c, 54d Retiro de sutura por vestibular y palatino, en donde podemos observar una correcta cicatrización (fuente directa).



a



b

Fig. 55. Después de 15 días de la cirugía observamos en la imagen 55a y 55b la superficie del paladar se encuentra en perfectas condiciones al igual que en la parte vestibular como se observa en la imagen (fuente directa).



Fig.56a y56b Posteriormente a los 3 meses de la cirugía se observa una cicatrización completa sobre la superficie vestibular y la parte palatina (fuente directa)



Fig. 57 Ortopantomografía tomada a los 3 meses de la cirugía, se observan las estructuras óseas en buen estado (fuente directa)

Finalmente se observa en la Fig. 58 los tejidos sobre la parte vestibular y palatina. Se puede observar un halo radiolúcido en la parte superior, lugar donde se encontraba el diente supernumerario, así mismo en la Fig. 59 se observa la zona radiolúcida y una vista más amplia de las estructuras adyacentes.



Fig.58 Radiografía periapical (fuente directa)

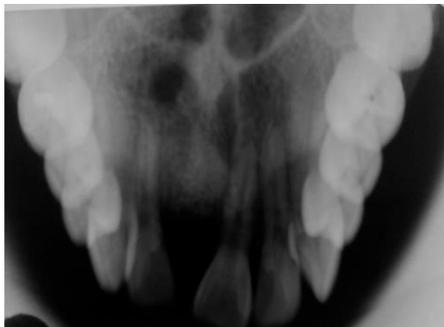


Fig. 59 Radiografía Oclusal (fuente directa)

## **10. CONCLUSIONES**

Es muy importante desde un inicio realizar un minucioso examen clínico de nuestro paciente teniendo como signo muy característico de la retención dental, la ausencia de dientes de la dentición permanente que por la edad ya tendrían que haber erupcionado; de tal modo, poder indicar un estudio radiográfico completo para tener una visión general sobre las estructuras óseas, los dientes erupcionados e incluidos, para brindar el mejor diagnóstico preciso y oportuno ante la anomalía dental presente, así por lo consiguiente poder establecer el mejor plan de tratamiento para cada paciente.

Los auxiliares de diagnóstico son de gran importancia ya que nos guiarán a diagnosticar la presencia de un agente patológico o bien referirse a alguna anomalía dental de la cavidad oral, y con base a los conocimientos adquiridos poder establecer el mejor tratamiento quirúrgico. Es muy importante saber identificar alguna alteración ante la presencia de anomalías dentales en cuanto a número de dientes, presentes o ausentes en la cavidad oral, teniendo conocimiento preciso de la cronología de erupción para poder detectar a tiempo la alteración que se pueda presentar.

Mientras que para el acto quirúrgico es preciso decir que no siempre será el mismo para cada paciente debido a las condiciones de retención o a la presencia y ubicación de anomalías dentales como en el caso de los supernumerarios, que producen una serie de complicaciones a corto y largo plazo de no ser detectados con tiempo. Teniendo como único propósito, poder establecer un diagnóstico oportuno que pueda conllevar a la mejor planeación anticipada ante un tratamiento quirúrgico y llegar a la rehabilitación completa de nuestro paciente obteniendo resultados estéticos y funcionales adecuados para su desarrollo.

## 11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-. Petit, Thackeray, J. Francis A supernumerary tooth in a 1.7 million-year-old *Australopithecus robustus* from Swartkrans, South África. 1999 Eur. Journal. Oral. Sci. 107.Pp-317-321.
- 2-.Ortiz M, Rodríguez M. Retención de incisivos centrales superiores como consecuencia de la presencia de dientes supernumerarios. 2009.Pp30-36.
- 3-. Ash M. et. al. Oral Pathology an introduction to general an oral pathology for higienists. Editorial Major. 6ta Edición. Philadelphia. 1999.pp50-54.
- 4-. Escoda.C. Gay. Tratado de Cirugía Bucal Tomo 1. Madrid.2004Pp 510-527.
- 5-. Arriaga Eugenia, R. Manejo clínico de dientes supernumerarios en la práctica odontológica. Volumen 15, 2009 Pp 28.
- 6-. Martínez T JA. Cirugía oral y Maxilofacial .1st ed. Mexico.2009.
- 7-. Nelson S.J. Anatomía, fisiología y oclusión dental. Volumén 10 Elsevier. Barcelona .2015.
- 8-. Peñarrocha. D. Prevalence, etiology, diagnosis, treatment and complications of supernumerary teeth. Journal of Clinical and Experimental Dentistry. Volumén 6. España.2017.
- 9-. Gupta, S. Marwah. Impacted Supernumerary Teeth Early or Delayed Intervention: Decision Making Dilemma?. Int J Clin Pediatr Dent. Volumén 5. India.2012. Pp 223-230.
- 10-. Perea Salazar M. Dientes supernumerarios en odontopediatría. Dental Tribune. Volumen 8. Madrid.2015.
- 11-. Bonilla R. Vázquez L. Dientes supernumerarios múltiples. Presentación de caso clínico. 2012. P 927-930.
- 12-. Edison. A. Clasificación de dientes supernumerarios: revisión de literatura. Revista Estomatológica. Volumen 22. Colombia. 2014.Pp 38-42.
- 13-. Alves. N. Aspectos Clínicos y Morfológicos de los Dientes Supernumerarios. International Journal of Morphology. Volumén 23. Brasil. 2011.Pp1040-1046.

- 14-. Rajab, L. D. Hamdan Supernumerary teeth: Review of the literature and a survey of 152 cases. International Journal of Pediatric Dentistry. Volumen 12.2002. Pp 244-254.
- 15-. Disanti J. et al. Tratamiento ortodóntico-quirúrgico de los dientes supernumerarios: presentación de un caso clínico. Volumen 46. Venezuela. 2008.Pp 1-8.
- 16-. Whaites.E.Drage.N. Fundamentos de la radiología dental. 5ta ed. España. Editorial Elsevier Masson. 2014.Pp85-128.
- 17-. Calzado, A Geleijns, J. Tomografía computarizada. Evolución, principios técnicos y aplicaciones. Rev Fis Med. 2010. 11. Pp 163-180.
- 18-. Donado M. Cirugía bucal patología y técnica. 2da Edición. Editorial Masson, S.A. España. 1998.
- 19-. Raspall G. Cirugía oral e implantología. 2da Ed. Madrid. Panamericana. 2006.
- 20-. Martínez, G. Ortiz, JG. Dientes Supernumerarios. Revista CES Odontología. Volumen 16.2003Pp 74-89.
- 21-. Online (<http://imagenesdigitales.com.do/servicios/lateral-de-craneo/>)
- 22-. Ulfohn, A. Dientes supernumerarios. Editorial Médica Panamericana. 2015.Pp 293 -297.
- 23-. Online (<https://clinicadentalmurcia.com>)