



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DE NÚMERO EN 3D EN
PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA
PERIFÉRICA VENUSTIANO CARRANZA EN EL CICLO
ESCOLAR 2018-2019.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

IVETTE AGUIRRE RODRÍGUEZ

TUTORA: Dra. LAURA MENDOZA OROPEZA

ASESOR: Mtro. RICARDO ORTÍZ SÁNCHEZ



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.

Mi agradecimiento está dirigido principalmente a mi mamá, por todos los esfuerzos que hizo para que yo pudiera estudiar una carrera profesional. Te agradezco por darme tu apoyo, y sobre todo porque siempre has estado en los momentos más difíciles; gracias por creer en mí, te amo.

A mis hermanos Jhoana y Alexis, les agradezco su apoyo en los momentos difíciles, por confiar en mí y por cada momento que han compartido conmigo, ustedes han sido una parte fundamental en este logro. A mi sobrina Giselle, le agradezco su cariño y las alegrías que me ha dado, espero que esto te motive para luchar por tus sueños y seas una persona de bien.

Todo su amor, dedicación y la paciencia que cada día me daban para obtener este logro, gracias familia, mi mejor bendición son ustedes, los amo.

Te agradezco Andrés Sánchez por estar a mi lado apoyándome incondicionalmente y por incitarme a crecer personal y profesionalmente. Eres un pilar importante en mi vida y una inspiración para mí por todos tus logros.

Alejandra, te agradezco por brindarme tu apoyo cuando lo necesite y por cada momento que compartimos juntas, pero sobre todo por tu amistad.

A la Dra. Laura Mendoza, le agradezco por su apoyo en la elaboración de mi tesina, por su paciencia y todos los consejos de motivación, gracias por compartir sus conocimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, le agradezco por abrirme sus puertas y por ayudarme a superarme a nivel profesional.

Gracias DIOS por todas tus bendiciones y darme una segunda oportunidad. Te agradezco por guiar mi camino y compartir mi vida con la hermosa familia que me mandaste.

*Por mi raza
hablará el espíritu*

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. ANTECEDENTES	7
III. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 Anomalías de número	9
3.2 Desarrollo y erupción dentaria.....	10
3.3 Etiología	15
3.4 Clasificación	19
3.5 Agenesia	19
3.5.1 Hipodoncia	20
3.5.2 Oligodoncia.....	20
3.5.3 Anodoncia	21
3.5.4 Prevalencia	21
3.5.5 Diagnóstico.....	23
3.5.6 Tratamiento.....	23
3.6 Supernumerarios.....	23
3.6.1 Localización	24
3.6.2 Forma.....	27
3.6.3 Prevalencia	29
3.6.4 Diagnóstico	30
3.6.5 Tratamiento.....	30
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
V. JUSTIFICACIÓN.....	34
VI. OBJETIVOS.....	35
6.1 Objetivo general	35
6.2 Objetivos específicos.....	35
VII. MATERIAL Y MÉTODO.....	36
7.1 Tipo de estudio.....	36
7.2 Población de estudio y muestra.....	36

7.3 Criterios de inclusión	37
7.4 Criterios de exclusión	37
7.5 Variables de estudio.....	37
7.6 Recursos.....	39
VIII. RESULTADOS.....	40
IX. DISCUSIÓN.....	45
X. CONCLUSIONES.....	47
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXO.....	52

I. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las anomalías de número miden la proporción de personas que se encuentran afectadas en el momento de evaluar el padecimiento en una población determinada.

La dentición humana comienza a formarse alrededor de la cuarta semana de vida intrauterina, y continua hasta el final de la adolescencia, cuando la calcificación de los terceros molares termina. Es necesario comprender el desarrollo normal de los dientes para poder identificar las condiciones anormales y de esta forma, realizar un tratamiento adecuado.

La identificación de las anomalías dentarias y su prevalencia pueden ser de gran ayuda para evitar errores en el diagnóstico y planear el tratamiento adecuado. La prevalencia es variable, y va a depender del tipo de anomalía y la población estudiada. Las anomalías de número se pueden presentar tanto en dentición primaria como en la segunda dentición. Sin embargo, las anomalías en la segunda dentición se consideran más significativas por su compromiso a largo plazo en la oclusión.

Las anomalías de número incluyen la disminución como el exceso de gérmenes dentarios y han sido clasificadas por diversos autores en dientes supernumerarios, anodoncia total y anodoncia parcial (hipodoncia u oligodoncia).

La ausencia o agenesia de dientes pueden provocar complicaciones como una maloclusión, daño periodontal, falta de crecimiento del hueso alveolar, cambios en las relaciones esqueléticas y por consiguiente un aspecto desfavorable en la oclusión.

Los dientes supernumerarios son gérmenes dentarios que se desarrollan a partir de la lámina dental por hiperactividad de la lámina dental; pueden ser clasificados de acuerdo a su morfología, en cónicos, tuberculados y suplementarios y en cuanto a la posición en mesiodens, paramolar, distomolar y parapremolares.

Existen factores hereditarios que permiten sospechar de estas anomalías por lo que es de suma importancia realizar adecuadamente la historia clínica para conseguir la información necesaria que pueda mejorar los criterios terapéuticos para que se apliquen a los pacientes y mejoren su calidad de vida.

La utilización de la radiografía es un recurso fundamental para nuestro diagnóstico, que en conjunto con la edad del paciente y el proceso de erupción dental se puede detectar cualquier anomalía dentaria, cronología dental y así poder prevenir una maloclusión.

II. ANTECEDENTES

Los análisis científicos de la ausencia congénita de dientes datan de inicios del siglo XX. Desde esta época se han realizado numerosos estudios, la mayoría de ellos en Europa Occidental en la población de raza blanca. El número de estudios en este campo se incrementó entre 1940 a 1950 y ha disminuido considerablemente en los últimos años.¹

Novak fue uno de los pioneros al estudiar anomalías de número. En 1974 realizó un estudio con 161 pacientes que presentaban dientes supernumerarios y, en 5 de ellos, encontró que también presentaban agenesia de una o más piezas, por lo que la frecuencia de pacientes con dientes supernumerarios fue de 3,1 %.²

Glavan y Silva (1994) a través de un análisis radiográfico de 1625 niños, entre 3 y 12 años, constataron de una prevalencia de 3.32% para los dientes supernumerarios, con un predominio en el sexo masculino; teniendo un promedio de 4.43% contra 2.28 % en el sexo femenino.²

En 2003, Polder y cols., realizaron un análisis sobre la agenesia dental, donde se incluyeron poblaciones de Norte América, Australia y Europa, pues las demás poblaciones, según estos autores, se limitaron por los escasos informes. En sus resultados, la agenesia dental difiere por sexo: 1,37 veces más en mujeres, de forma más marcada en Europa (con un 6,3 % sobre 4,6 % en los hombres). La forma unilateral es más común.

En un estudio realizado en el D.F México (2014), por Ponce Bravo, y cols., hallaron que de 376 pacientes revisados, entre 2 a 12 años de edad, 7 niños presentaron dientes supernumerarios (85% niños, 15% niñas), de los cuales 4 fueron mesiodens, y 3 incisivos laterales superiores permanentes.

Más adelante, entre los años 2006-2007, Rivas de Armas y Canto Pérez hicieron una revisión en la que observaron que la agenesia era la anomalía dentaria que se presentaba con mayor prevalencia en la población occidental. Diversos estudios muestran valores entre el 0,39 % y el 11,4 %, con una frecuencia más elevada en la dentición definitiva y en mujeres. Algunos estudios demuestran que la prevalencia en Europa y Australia es mayor que en Norte América.²

Eduardo Chappuzeau, en 2008, examinó 452 pacientes, registrando que un 5,75 % de los pacientes presentaba agenesias. También encontró un bajo porcentaje en el caso de la presencia de supernumerarios, siendo un 2 % del total de los pacientes examinados. Con respecto a la localización de estas anomalías, en ambos casos, la frecuencia resultó mayor en maxilar. En el caso de las agenesias, un 60% se presentaban en el maxilar y un 40 % en la mandíbula. En el caso de los supernumerarios el porcentaje era de un 100 % maxilar.²

La prevalencia de las anomalías dentales de número ha sido investigada en diferentes regiones del mundo, con resultados diversos, como se muestra en el cuadro 1.

Autores	Año	Referencia	País	Prevalencia de anomalía dental
Cornejo et al.	1996	21	Colombia	5,18% anomalías de número
Cuairán et al.	1996	22	México	4,35% de agenesia dental
Loaiza y Cárdenas	2001	4	Venezuela	7,9% de agenesia dental
Endo et al.	2006	23	Japón	8,6% de agenesia dental
Gábris et al.	2006	24	Hungría	14,9% de agenesia dental y 1,53% de supernumerarios
Chappuzeau y Cortés	2008	10	Chile	5,75% de agenesia dental y 2% de supernumerarios
Celikoglu et al.	2010	25	Turquía	4,6% de agenesia dental
Celikoglu et al.	2010	26	Turquía	1,2% de supernumerarios
Schmuckli et al.	2010	27	Suiza	1,5% de supernumerarios
Küchler et al.	2011	28	Brasil	2,7% de supernumerarios

Cuadro 1 Investigaciones y hallazgos sobre prevalencias de anomalías dentarias de número en diferentes regiones del mundo.³

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Anomalías de número

Las anomalías en el número de dientes pueden ser por defecto o exceso. Cuando existe una disminución se habla de agenesia, mientras que si existen dientes de más nos referimos a hiperodoncia.^{4, 5, 6, 7}

Sapp (1998) clasifica las anomalías dentales de número como se muestra en el cuadro 2:^{8,9}

Alteración	Clasificación	Definición
Agenesia	Oligodoncia	Ausencia de más de 6 dientes.
	Hipodoncia	Ausencia de más de 1 diente y menos de 6 dientes.
	Anodoncia	Ausencia de formación dental.
Supernumerarios	Hiperodoncia	Aumento en el número de dientes en la fórmula dental.

Cuadro 2 Clasificación de las alteraciones dentales en cuanto a número.

Otros autores como Pinkham (1996), Canut (2000) y Laskaris (2001) las asocian en cuanto a ausencias congénitas y Primosch (1981), Hattab (1994), y Barbería (1995) con respecto de las piezas supernumerarias:⁸

- ◆ De acuerdo con la localización: mesiodens, paramolar y distomolar.
- ◆ De acuerdo con la ubicación: unilaterales y bilaterales.

3.2 Desarrollo y erupción dentaria

◆ Período de la ontogénesis

La ontogénesis es el proceso embriológico que dará lugar a la formación del germen dental. En este proceso intervienen fundamentalmente los tejidos embrionarios del ectodermo y mesodermo, separados ambos por una capa de origen epitelial llamada capa basal.¹⁰

◆ Período de iniciación

En la cavidad oral, las células de la capa basal de la epidermis proliferan con mayor rapidez que las células adyacentes, originando un engrosamiento epitelial en la región de la futura arcada dental.

A lo largo de la membrana basal, se originan 20 lugares específicos en el (10 en el maxilar y 10 en la mandíbula), donde las células más internas del epitelio bucal adyacentes a la membrana basal, tendrán mayor actividad, multiplicándose, dando lugar a los brotes o gérmenes dentarios.^{10,11}

◆ Período de proliferación

Alrededor de la décima semana embrionaria, las células epiteliales proliferan y la superficie profunda de los brotes se invagina, lo que produce la formación del germen dental. Al proliferar las células epiteliales, forman una especie de casquete y la incorporación de mesodermo por debajo y por dentro del casquete produce la papila dental. El mesodermo que rodea al órgano dentario y a la papila dental dará origen al saco dental.^{10,11}

◆ **Período de histodiferenciación**

Aproximadamente, sobre las catorce semanas de vida intrauterina y durante la fase de histodiferenciación, las células del germen dentario comienzan a especializarse. Las dos extensiones del casquete siguen creciendo hacia el mesodermo adquiriendo la forma de campana y, el tejido mesodérmico que se encuentra dentro de esta campana que dará origen a la papila dental.

La membrana basal está dividida en epitelio dental interno y externo, rodeando totalmente al órgano dental.^{10, 11}

◆ **Período de morfodiferenciación**

En esta fase las células del germen dentario se organizan y se disponen de forma que determinan el tamaño y la forma de la corona del diente.

Durante esta fase, la lámina dental desaparece, excepto en la parte adyacente al diente primario en desarrollo, convirtiéndolo en un órgano libre. Al mismo tiempo emite una proliferación hacia lingual para iniciar el desarrollo del diente permanente. Esto sucede entre el quinto y el noveno mes de vida intrauterina, comenzando por los incisivos centrales y finalizando con los segundos premolares. Los primeros molares permanentes se inician a partir de las extensiones distales de la lámina dental en el cuarto mes de vida intrauterina y los segundos y terceros molares se forman después del nacimiento a la edad de 1 a 4 años.^{10,11}

◆ **Período de aposición**

El crecimiento por aposición es el resultado del depósito a modo de capas de una secreción extra celular no vital que forma una matriz de tejido. Esta se deposita sobre las células formativas los ameloblastos y los odontoblastos, que tapizan lo que será la futura unión dentina-esmalte, y la unión dentinocementaria en el estadio de diferenciación

morfológica. Estas células se depositan la matriz de dentina y el esmalte siguiendo un patrón y una velocidad definida. Tan pronto como finalizan la unión dentina-esmalte, las células formativas inician su función en unas localizaciones específicas conocidas como centro de crecimiento.

Cualquier alteración que produzca una lesión de los ameloblastos durante la formación del esmalte puede causar una interrupción del proceso de producción en la matriz, dando como resultado una hipoplasia del esmalte.^{10,11}

◆ **Calcificación**

Consiste en la precipitación de sales minerales sobre la matriz tisular previamente desarrollada. El proceso comienza con la precipitación de esmalte en las puntas de la cúspide y en los bordes incisales de los dientes continuando con la precipitación de capas sucesivas y concéntricas sobre estos pequeños puntos de origen.

Según Kraus y Jordan el primer indicio macroscópico del desarrollo morfológico ocurre aproximadamente a las 11 semanas de la vida intrauterina.

Los dientes deciduos comienzan entre las 14 y las 18 semanas de vida intrauterina, iniciándose en los incisivos centrales y terminando por los segundos molares.^{10, 11} Figura 1

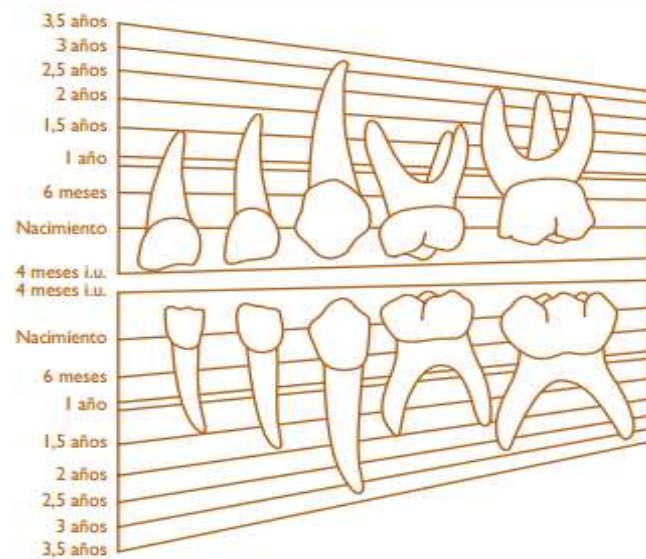


Figura 1 Cronología de la calcificación de los dientes temporales.¹²

En los trabajos de Kraus y Jordan indican estas fechas de desarrollo en la dentición temporal:¹⁰

- Incisivos centrales: 14 semanas
- Primeros molares: 15 semanas
- Incisivos laterales: 16 semanas
- Caninos: 17 semanas
- Segundos molares: 18 semanas

Los ápices de los dientes temporales se cierran entre el año y medio y los tres años.

Los dientes permanentes terminan su calcificación en el momento del nacimiento, siendo los primeros molares permanentes los primeros en iniciar su calcificación para continuar a los pocos meses de vida con los incisivos centrales superiores e inferiores y laterales inferiores a la vez que lo harán ambos caninos; seguidamente lo harán los incisivos laterales superiores al año de vida; produciéndose la calcificación de los

primeros premolares a los dos años y de los segundos premolares a los dos años y medio.¹⁰ Figura 2

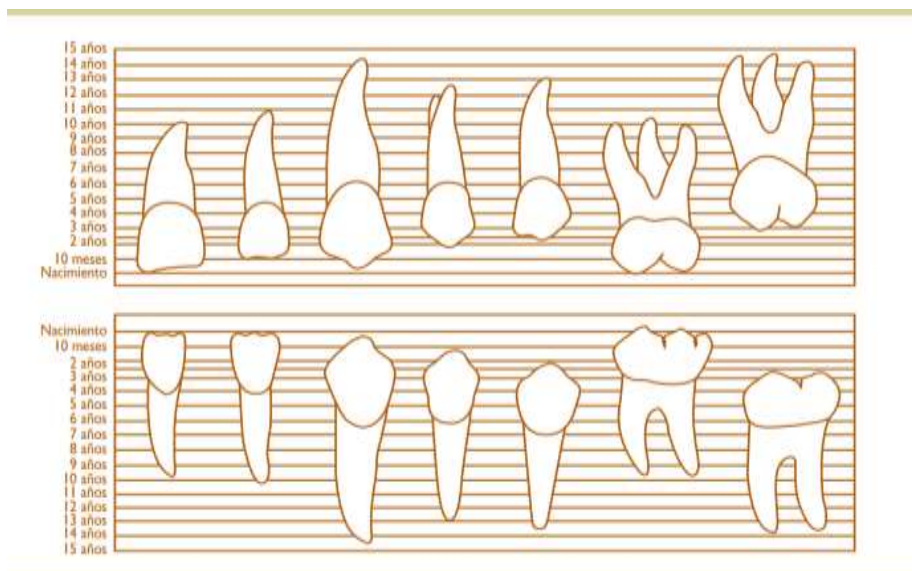


Figura 2 Cronología de la calcificación de los dientes temporales.¹²

Erupción dental

◆ Dentición temporal

Las edades promedio de erupción en dentición temporal. Figura 3

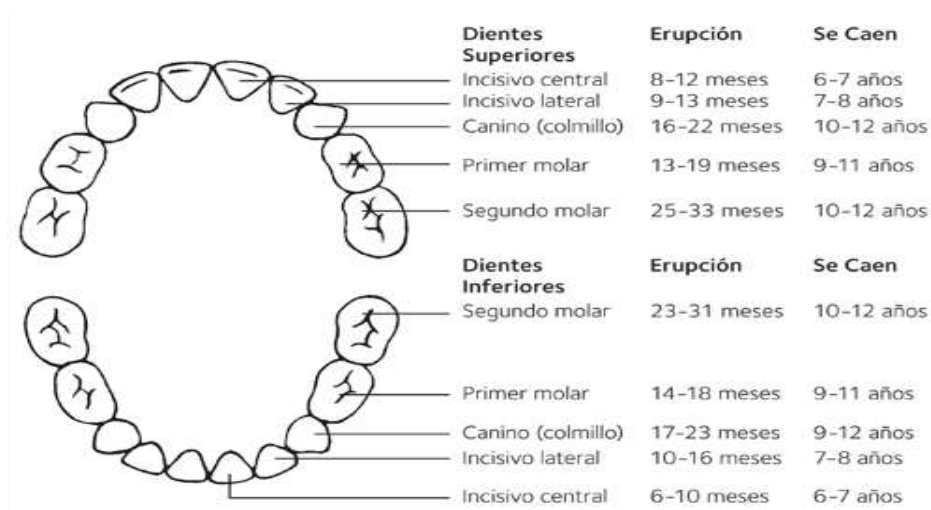


Figura 3 Cronología de la erupción.¹

◆ Dentición permanente

Las edades promedio de erupción en dentición permanente. Figura 4

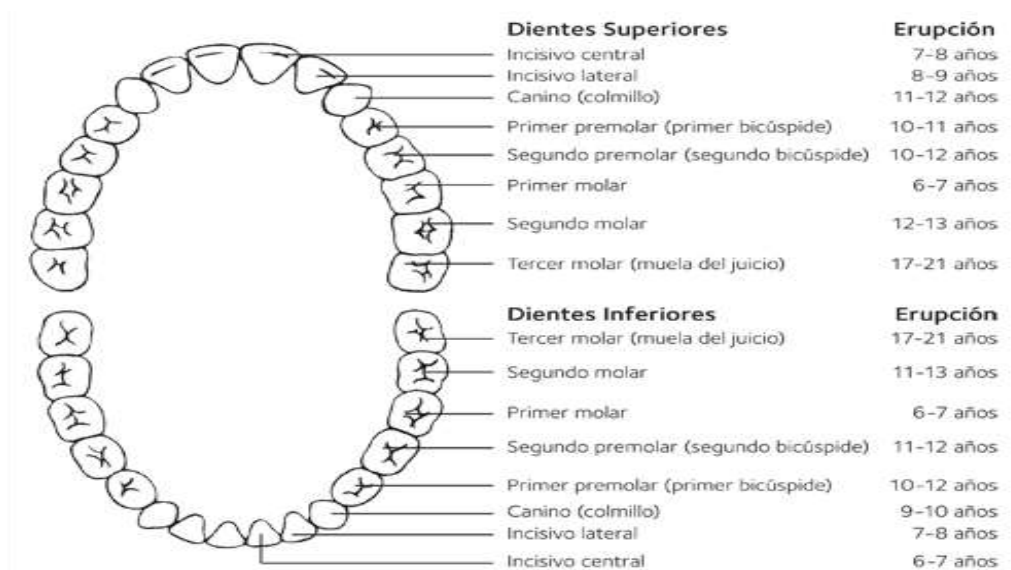


Figura 4 Cronología de la erupción.¹³

3.3 Etiología

Las variaciones numéricas de los dientes parecen ser el resultado de trastornos locales en los fenómenos de inducción y diferenciación de la lámina dental durante el proceso de la formación dentaria. La acción del agente causal sobre la lámina dentaria o sobre los gérmenes dentarios puede tener como consecuencia un aumento o una disminución del número de dientes.^{2, 5}

Se producen como consecuencia de alteraciones que afectan el proceso normal de la odontogénesis. Dependiendo de la etapa en la que ocurran, pueden verse comprometidas la dentición primaria, la permanente o ambas.^{2, 7}

Pueden ocurrir como consecuencia de factores sistémicos, ambientales, locales, hereditarios y trauma, en los que se afecta la forma de los dientes, el número, el tamaño, la disposición y el grado de desarrollo.^{1, 6,14} La etiología tanto de la agenesia como de la hiperodoncia no está clara. En el caso particular de la agenesia, se ha ligado a una alteración en la formación de la lámina dental o a una falla en el desarrollo del germen dental. Por su parte, en la hiperodoncia, se cree que se produce por una hiperactividad de la lámina dental.^{6, 7,15}

La etiología de la agenesia dental puede estar asociada a tres factores:

- ◆ Locales: ya sean de tipo traumático, vascular, trófico u obstructivo (por limitación de espacio), sobre la lámina dentaria en una determinada zona e impiden su desarrollo.
- ◆ Enfermedades generales: infecciosas, padecidas por la madre durante el embarazo (rubéola) o por el paciente en la infancia, como intoxicaciones o irradiaciones en las fases del desarrollo embriológico de los gérmenes dentarios.
- ◆ Genéticos: suele formar parte de ciertos síndromes tales como Disostosis Cleidocraneal, Displasia ectodérmica, Síndrome de Garner, Síndrome de Treacher Collins, Síndrome de Down y Síndrome de Rothmund-Thomson y condiciones como labio y paladar hendido, e ir acompañada de otras anomalías, como trastornos en el tamaño y forma de los dientes.

En cuanto a los dientes supernumerarios, la etiología no es del todo conocida, pero existen diversas hipótesis acerca de su causa, entre las cuales Liu, J (1995) menciona:⁸

- ◆ Dicotomía del germen dentario: Según esta teoría, el folículo se divide en dos partes iguales o diferentes, lo que da lugar a dos dientes iguales o uno igual y otro dismórfico.
- ◆ Combinación de factores genéticos y ambientales. La herencia juega un papel muy importante en la aparición de los dientes supernumerarios, se asocia a un gen recesivo autosómico dominante, asociado al cromosoma X, y su prevalencia es mayor en hombres que en mujeres.
- ◆ Hiperactividad de la lámina dental. De todas estas teorías la mayoría de la literatura apoya la hiperactividad de la lámina dental. Describe que una vez que está formado el diente permanente, las células de lámina dental se degeneran y esta sobreproliferación crea dientes supernumerarios.^{8,17}

Asociados a diferentes síndromes:

- ◆ Displasia cleido-craneal

Es un síndrome congénito también conocido como disostosis cleidocraneal o síndrome de Marie-stainton. Es muy raro pero importante en Odontología, con una prevalencia mundial de 1:1 000 000.

Las características que presentan estos pacientes son estatura baja, prominencia frontal marcada, suturas craneales abiertas o con retraso de cierre, ausencia o hipoplasia de las clavículas. Una de las características faciales es prominencia del maxilar superior y prognatismo mandibular. El desarrollo de los dientes sufre un retraso. Radiográficamente presenta dientes supernumerarios y múltiples dientes impactados.^{9, 18}

◆ Síndrome de Gardner

Es una displasia de tipo hereditaria que se caracteriza por presentar una triada de neoformaciones óseas, intestinales y de tejido blando, se desarrolla generalmente durante la segunda y tercera década de vida como múltiples pólipos, las primeras manifestaciones clínicas se describen en el área maxilofacial y oral, encontrándose la presencia de dientes supernumerarios impactados.^{9,18}

◆ Síndrome de Down

Es una anomalía congénita llamada trisomía del 21. Debido a su característico aspecto facial, no es difícil realizar el diagnóstico. Las cavidades orbitarias son pequeñas, los ojos se desvían hacia arriba y el puente nasal es más profundo de lo normal. Otro hallazgo característico es el retraso mental; la mayor parte de estos niños presentan una incapacidad entre leve a moderada. Pacientes con este síndrome pueden tener presencia de agenesias dentales, supernumerarios o mesiodiensi.^{9,18}

◆ Síndrome de Apert

Se encuentra reducción en el diámetro anteroposterior del maxilar inferior (hipoplasia de la mitad inferior de la cara). Esta reducción en el diámetro anteroposterior del maxilar inferior causa amontonamiento de los dientes y paladar hendido con úvula bífida en el 75% de los pacientes, puente nasal deprimido, hipertrofia adenoidea y amigdalina. Es muy característico hallar alteraciones dentales como dientes impactados, retraso en la erupción, erupción ectópica, dientes supernumerarios, pérdida prematura de piezas, alta prevalencia de caries e hipertrofia gingival.⁹

◆ Síndrome de Treacher Collins

Es un desorden autosómico dominante del desarrollo craneofacial, el cual presenta una considerable variabilidad de las manifestaciones en los tejidos blandos y duros de la cara, incluyendo malformaciones del oído, dientes supernumerarios, deformaciones de estructuras faciales bilaterales como el hueso malar e hipoplasia mandibular, poco desarrollo del hueso cigomático.¹⁸

◆ Labio y paladar hendido

Son defectos congénitos que se dan cuando el labio superior y el paladar no se forman de manera correcta, se puede presentar uno de ellos o ambas. Los dientes supernumerarios pueden estar más relacionados con la fisura labio palatina bilateral. En estos pacientes la agenesia dental tiene una mayor prevalencia en el incisivo lateral superior.¹⁸

3.4 Clasificación

Sapp (1998) clasifica las anomalías dentales de número en: ^{8,9}

- ◆ Agenesia
- ◆ Supernumerarios

3.5 Agenesia

Se define como la ausencia clínica y radiológica de un diente, temporal o permanente, en la cavidad oral, sin antecedentes de extracción, avulsión o exfoliación.^{3, 6}

La etiología de la agenesia dental es considerada como condición multifactorial con influencias genéticas, ambientales, patológicas y evolutivas.¹⁹

Dependiendo del número de dientes ausentes se clasifica en: ^{3, 6, 8}

3.5.1 Hipodoncia

Se refiere a la ausencia de uno a seis dientes (excluyendo a los terceros molares). Figura 5



Figura 5 Ausencia de los dientes 35 y 45. F.D.

3.5.2 Oligodoncia

Se refiere a la ausencia de más de seis dientes (excluyendo a los terceros molares). Figura 6



Figura 6 Oligodoncia en arcada superior e inferior. ¹⁶

3.5.3 Anodoncia

Se refiere a la ausencia total de los dientes. Figura 7



Figura 7 Anodoncia en arcada inferior. ²⁰

3.5.4 Prevalencia

La prevalencia de agenesia dental (excluyendo los terceros molares) es baja, con un porcentaje de 3,8%, en comparación con estudios realizados en diversos países.

La frecuencia de agenesias más común es la mencionada por Stritzel, F. (1990):⁸

- ◆ Terceros molares
- ◆ Segundo premolar inferior
- ◆ Lateral superior
- ◆ Segundo premolar superior
- ◆ Incisivo central inferior

Es más frecuente en dientes permanentes del 2% al 9 % y en temporales del 0.1% al 0.7%. En la dentición permanente los terceros molares son los que presentan mayor prevalencia con un 25 %.^{1, 20}

La mitad de los casos de agenesia presentan ausencia de dos o más dientes; en cuanto a la distribución por sexos, es más frecuente en el sexo femenino.

Polder menciona que la frecuencia en que se presenta las agenesias gira en torno al 6-7% en la población general, siendo los segundos premolares inferiores y los incisivos laterales superiores están ausentes con mayor frecuencia.^{2, 7,9}

La prevalencia reportada de dientes ausentes varía en los estudios realizados.

La frecuencia de los dientes ausentes en orden descendente fue: ^{16,21}

- Segundo premolar mandibular (3.0%)
- Incisivo lateral maxilar (1.7%)
- Segundo premolar maxilar (1.5%)
- Incisivo central mandibular (0.3%)
- Incisivo lateral mandibular y primer premolar maxilar (0.2%)
- Primer premolar mandibular (0.15%)
- Segundo molar mandibular y canino maxilar (0.1%)
- Segundo molar maxilar (0.05%)
- Primer molar maxilar (0.03%)
- Canino mandibular (0.02%)
- Primer molar mandibular (0.01%)
- Incisivo central maxilar (0.005%)

La hipodoncia, en el caso de la dentición primaria, afecta preferentemente al incisivo lateral superior y con menos frecuencia a los incisivos laterales y centrales inferiores.⁷

3.5.5 Diagnóstico

Para diagnosticar la ausencia de uno o varios dientes se debe realizar un examen dental detallado y una ortopantomografía. En la exploración clínica es fundamental observar y anotar todos aquellos signos y síntomas que nos lleven a pensar en la posibilidad de agenesia: presencia prolongada de los dientes temporales, espaciamientos acusados, diastema central, reducción morfológica de las coronas dentarias, inclinación de los dientes adyacentes, desviación de la línea media, reabsorción lenta de los dientes temporales, no detección del germen a la palpación.

3.5.6 Tratamiento

Existen múltiples alternativas entre las que podemos descartar: prótesis fija o removible, tratamiento ortodóncico para el cierre o la apertura de espacios, e implantes osteointegrados.

3.6. Supernumerarios

Los dientes supernumerarios corresponden a una anomalía dental que consiste en el aumento del número de dientes de la fórmula normal (20 dientes en la dentición temporal y 32 en la permanentes). Pueden presentarse en cualquier región de la arcada dental, con predominio en

la parte anterior del maxilar. Ocurren de manera simple o múltiple, unilateral o bilateralmente.

Los dientes supernumerarios presentan una variabilidad en la morfología, ubicación y el tiempo de desarrollo.^{6, 17, 22,23}

3.6.1 Localización

Rajab y cols., propone otra clasificación según la localización de los dientes supernumerarios. Según esta clasificación pueden ser mesiodens, paramolares o distomolares.

Los supernumerarios, por lo general, son nombrados de acuerdo con la región donde están ubicados: 1, 9, 18, 21, 23, 24

◆ Mesiodens: localizado en línea media, suelen tener forma cónica, ser pequeños y a menudo tienen una posición invertida.

Puede traer una variedad de complicaciones, como retención, retraso en la erupción, erupción ectópica, diastemas, rotación axial y reabsorción radicular de los dientes adyacentes favoreciendo en algunas ocasiones la formación de quistes dentígeros. Figura 8



Figura 8 A) Ortopantomografía muestra mesiodens en zona anterior superior. F.D.



B) Radiografía periapical muestra mesiodens en la zona anterior superior. F.D.

◆ Parapremolares: son generalmente eumórficos. Su localización es en vestibular, palatino o lingual de los premolares. Figura 9



Figura 9 Parapremolares inferiores bilaterales.²³

◆ Paramolar: ubicados lingual, palatina o bucalmente entre los segundos y terceros molares maxilares, raramente entre los primeros y segundos molares maxilares, poseen una forma cónica o eumórfica. Figura 10



Figura 10 Fotografía intraoral que muestra un paramolar entre el primer molar superior y el segundo molar²⁴

- ◆ Distomolar: ubicados distal o distolingualmente al tercer molar (maxilar o mandibular, en esta última a menudo impactados), poseen forma cónica o tuberculada. Figura 11

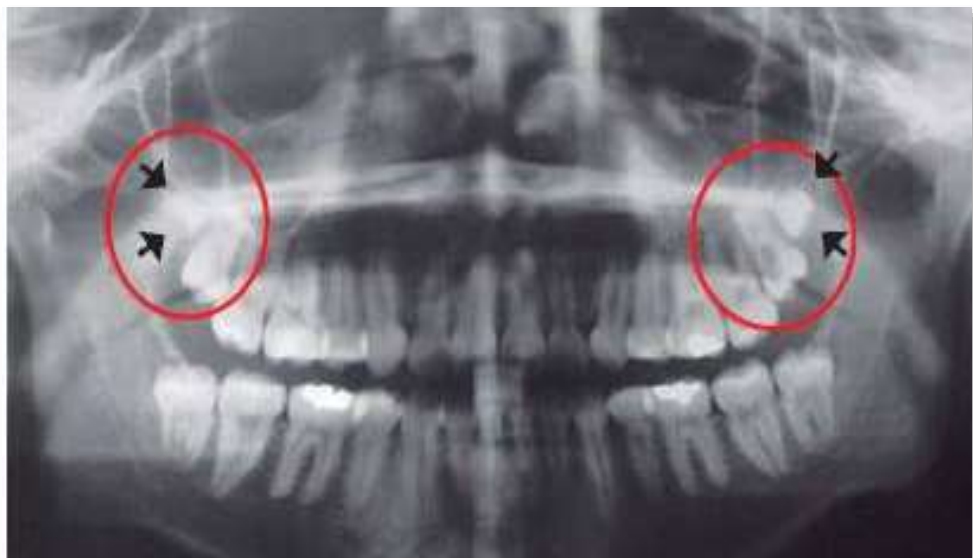


Figura 11 Ortopantomografía se observa distomolares superiores bilaterales.²⁵

3.6.2 Forma

Según su morfología se clasifican: ^{6, 21,22}

◆ Cónico

Diente pequeño cónico encontrado con mayor frecuencia en la dentición permanente. Figura 12



Figura 12 Cone beam muestra diente supernumerario cónico. F.D

◆ Tuberculado

Posee más de una cúspide o tubérculo y el desarrollo de la raíz es incompleto. Raramente erupcionan en la cavidad bucal. Figura 13



Figura 13 Cone beam se observa diente supernumerario tuberculado. F.D

◆ Suplementario

Poseen una morfología idéntica a la de los elementos correspondientes a su sitio de asiento (figura 14), y resulta imposible su diferenciación clínica. Cuadro 3



Figura 14 Cone beam se observa diente suplementario. F.D.

DIENTES SUPERNUMERARIOS	DIENTES SUPLEMENTARIOS
Se forman a partir de la dicotomía del germen dentario en partes desiguales.	Se forman a partir de la dicotomía del germen dentario en dos partes exactamente iguales.
Pueden sufrir migraciones y ubicarse en sectores alejados al de su zona de origen.	Erupcionan y se ubican en su sector de origen, próximos a las piezas dentarias correspondientes de la serie normal.
Adoptan formas conoides, tubulares microdónticas o fusiformes.	Presentan una anatomía idéntica al elemento del sector correspondiente a su ubicación en la arcada dentaria.

Cuadro 3 Características diferenciales entre los dientes supernumerarios y suplementarios.²³

3.6.3 Prevalencia

La prevalencia de los dientes supernumerarios varía de un 0.5% a un 3.8% en la dentición permanente y de 0.3% a 0.6% en dentición temporal. Afectan más a los hombres con una relación de 2:1.^{8, 9, 10, 18}

La frecuencia de los dientes supernumerarios normalmente es de un 50 % en la región de los incisivos laterales superiores, el mesiodens corresponde a un 36 %, los incisivos centrales en un 11 % seguido de un 3 % en la región de los premolares y en molares 0.5%.

Los dientes supernumerarios de un solo diente representan un 86 % de los casos, de dos supernumerarios corresponden a un 23 % y múltiples supernumerarios corresponden menos del 1 % de los casos.²²

3.6.4 Diagnóstico

Para un correcto diagnóstico se debe realizar un completo examen clínico y radiológico, siendo las radiografías más utilizadas la radiografía oclusal, periapical y panorámica. En ocasiones, se completa con técnicas más sofisticadas como la tomografía computarizada, para poder tener una información tridimensional. La tomografía computadorizada de haz cónico es la técnica que provee mayor información sobre las características de este tipo de anomalías (Katheria y cols.).²¹

En cuanto a la clínica del mesiodens, podemos sospechar la presencia de ellos por inspección, estando parcial o totalmente erupcionados o en el caso de estar interóseos.^{23, 24}

Deben considerarse clínicamente la presencia de abultamientos y relieves en ambas tablas alveolares y también posibles giroversiones y lateroversiones de los elementos dentarios de ambas arcadas, así como la presencia de diastemas. En el caso de los elementos suplementarios, es importante determinar cuál es la pieza normal y cuál la que excede en el sector, a los fines de decidir su extracción.^{5,18}

3.6.5 Tratamiento

El tratamiento clínico dependerá del tipo y la posición del diente supernumerario, y de los efectos en su dentición; para ello, también se debe considerar la edad del paciente y el tipo de maloclusión generada por el diente supernumerario.

García y Villanueva indican la extracción del diente supernumerario, a pesar de ser asintomático, cuando existen las siguientes condiciones:

- ◆ Retraso en la erupción de los incisivos permanentes.
- ◆ Si existe desplazamiento de los incisivos.
- ◆ En pacientes con labio-paladar hendido si se les va a realizar injerto óseo.
- ◆ Si se va a colocar un implante.
- ◆ Si existen signos de alargamiento del folículo, pues puede originar un quiste.
- ◆ Si ya ha erupcionado el supernumerario.^{18,22}

Posterior a la extracción del supernumerario, se recomienda el tratamiento de ortodoncia si hay apiñamiento en el sector anterior, con rotaciones y discretas migraciones de los incisivos tanto superiores como inferiores.

Solano y Mendoza recomiendan la colocación de dos bandas en primeros molares y cuatro brackets en los incisivos, utilizando un alambre elástico (Ni-ti) que alineará y nivelará los incisivos.¹⁸

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las anomalías dentales pueden ocasionar alteraciones o complicaciones que involucran la pérdida de la normalidad biológica, anatómica, funcional y estética de las estructuras dentarias y sus tejidos de sostén, con consecuencias como: retención prolongada del diente permanente, formación de quistes, reabsorciones radiculares, malposición dentaria, erupción ectópica, mala relación intermaxilar.

La mayoría de las anomalías se presentan en la infancia y con frecuencia son diagnosticadas erróneamente o quedan sin tratamiento debido a que se considera que el caso es difícil.

Las alteraciones de número cada vez son más frecuentes sobre todo las agenesias dentales no sindrómicas.

El diagnóstico de las piezas supernumerarias está basado en la evaluación radiográfica, debido a que generalmente no presentan signos ni síntomas en las piezas adyacentes.

Es necesario realizar un diagnóstico precoz, valorar las implicaciones clínicas de las mismas e iniciar una terapéutica temprana para evitar las complicaciones que, muchas de ellas, pueden tener sobre el desarrollo de la oclusión.

Ante esta situación surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la prevalencia de agenesias dentales y dientes supernumerarios?
- ¿Cuáles son los dientes, que con mayor frecuencia presentan anomalías de número?
- ¿Cuál es el género, que con mayor frecuencia presenta agenesias dentales y dientes supernumerarios?

V. JUSTIFICACIÓN

Se debe tener un control sobre la secuencia y cronología de erupción en el paciente para evaluar el paso de dentición temporal a dentición permanente de una manera armónica y prevenir futuras complicaciones.

Es importante tener en cuenta que las anomalías de número se pueden presentar con relativa frecuencia, por lo que el odontólogo debe realizar una evaluación clínica rigurosa y un diagnóstico lo más preciso posible y de esta forma se podrá dar un tratamiento adecuado.

Las radiografías son de suma importancia en nuestro campo, ya que su principal característica es que se puede observar lo que clínicamente no se ve, ya que estas anomalías dentarias no presentan sintomatología.

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de anomalías de número en pacientes de 4 a 16 años de edad, que fueron atendidos en la Clínica Periférica Venustiano Carranza en el periodo 2018-2019.

6.2 Objetivos específicos

- Identificar el género que presenta una mayor frecuencia de anomalías de número.
- Identificar que anomalía de número se presenta con mayor frecuencia.
- Definir la zona con mayor predisposición de anomalías de número.
- Identificar los dientes que se ven más afectados por anomalías de número.

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de expedientes de los pacientes en dentición mixta de 4 a 16 años de edad que solicitaron atención en la Clínica Periférica Venustiano Carranza UNAM, iniciando en el mes de enero y concluyendo en el mes de marzo del 2019, con la ayuda de los estudiantes se corroboraba el diagnóstico definitivo de estas anomalías.

Posterior a la revisión, se realizó una captura de datos en una hoja de Excel (Anexo) por género, edad, alteración de número (falta o aumento del número de dientes), zona afectada (maxilar o mandíbula), diente afectado, y si contaban con una radiografía panorámica, tomografía computarizada o ambas.

7.1 Tipo de estudio

Transversal (descriptivo).

7.2 Población de estudio y muestra

Pacientes de 4 a 16 años que acudieron a la clínica Integral de niños y Adolescentes de la Clínica Periférica Venustiano Carranza de la Facultad de Odontología de la UNAM, turno matutino y vespertino en el periodo 2018-2019.

7.3 Criterios de inclusión

- Pacientes en primera dentición y dentición mixta.
- Pacientes no sindrómicos, sin compromisos sistémicos.
- Pacientes de 4 a 16 años.
- Ortopantomografías o Cone beam de pacientes con alguna alteración de número.

7.4 Criterios de exclusión

- Pacientes que no presentaran anomalías de número.
- Pacientes que no tuvieran radiografías.

7.5 Variables de estudio

Variable Independiente:

- Edad, sexo, zona afectada y cuadrante afectado.

Variable dependiente:

- Agenesia dental y dientes supernumerarios.

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona al día que se realizó el estudio.	En años
Género	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer.	Femenino Masculino
Zona afectada	Huesos que conforman el sistema estomatognático donde se localizan los dientes.	Maxilar Mandíbula
Cuadrante Afectado	Se dividen en cuatro cuadrantes siguiendo la línea media interincisal.	Cuadrante sup. derecho Cuadrante sup. izquierdo Cuadrante inferior derecho Cuadrante inferior izquierdo
VARIABLE DEPENDIENTE		
Agnesia dental	Se caracteriza por la ausencia clínica y radiológica de un diente, temporal o permanente en la cavidad oral.	Presente / Ausente Zona donde se encuentra la alteración.
Dientes Supernumerarios	Se caracteriza por el aumento del número de dientes de la fórmula normal en la dentición primaria o permanente.	Presente / Ausente Zona donde se encuentra la alteración.

7.6 Recursos

Materiales:

- Nota de evolución del expediente clínico.
- Computadora para capturar datos
- Cámara fotográfica

Humanos:

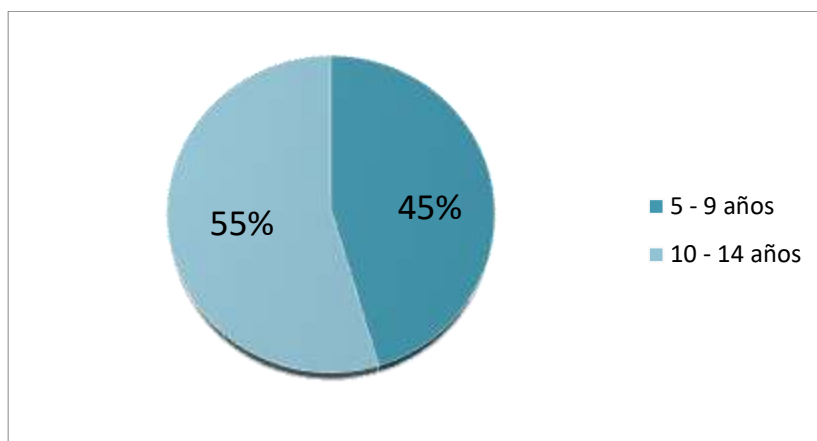
- Tesista
- Tutor
- Asesor

VIII. RESULTADOS

La muestra fue conformada por 483 pacientes entre 3 a 15 años de edad, lo cual corresponde a 236 niños (48.8%) y 247 niñas (51.1%).

Se registraron 11 pacientes (2.27%) que presentaron anomalías de número, 4 niños (0.8%) y 7 niñas (1.4%).

En la gráfica 1 se muestra el porcentaje de edad de los pacientes que presentaron anomalías, se dividió en dos grupos de 5-9 años (45%) y 10-14 años (55%), la edad que más predominó son pacientes de 10-14 años de edad.

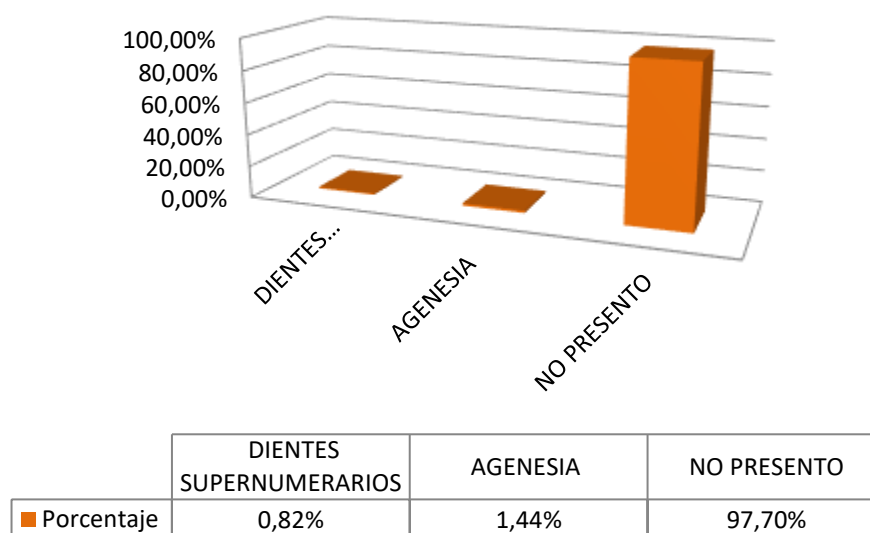


Gráfica 1 Porcentaje de anomalías de número de acuerdo a su edad.

Se observó que 4 pacientes presentaron dientes supernumerarios de los cuales 3 fueron del género femenino y 1 fue del género masculino; en la agenesia dental se presentó 7 pacientes, 3 correspondieron al género femenino y 4 al género masculino.

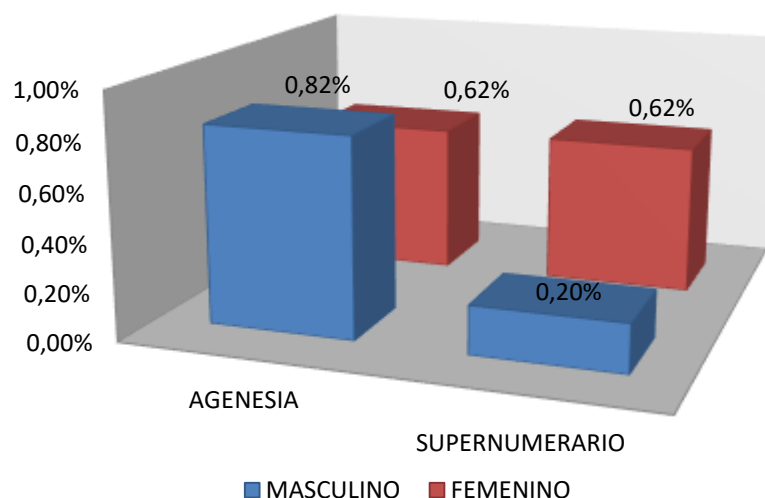
En la gráfica 2 se puede observar la prevalencia de agenesia y dientes supernumerarios en una población de estudio con 483 pacientes, el

0.82% correspondió a dientes supernumerarios, mientras que en la agenesia fue de 1.44% y un 97.7% de la población no presentó ninguna anomalía de número.



Grafica 2 Distribución porcentual de pacientes que presentaron anomalías de número.

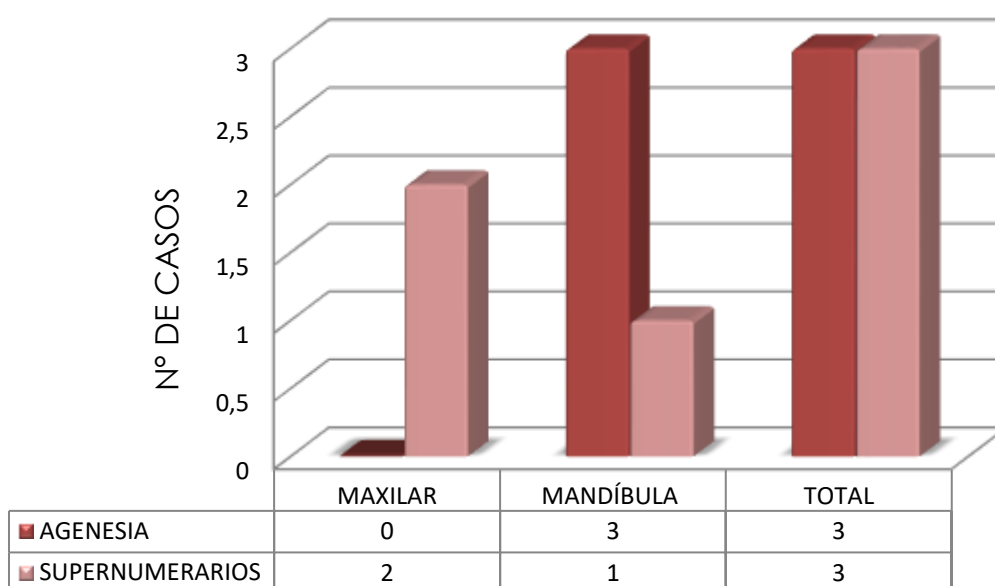
En la gráfica 3 se puede observar la frecuencia de género afectada por estas anomalías, en la agenesia se presentó 0.62% y en dientes supernumerarios un 0.62% en el género femenino; para el género masculino se presentaron agenesias en 0.82% y dientes supernumerarios en un 0.20 %.



Gráfica 3 Frecuencia de género afectado por anomalías de número.

En las gráficas 4 y 5 se observa la frecuencia de las anomalías de número y la zona que se encontró más afectada (maxila o mandíbula) y la relación con el género.

Como podemos observar (gráfica 4) el género femenino no presentó agenesias en el maxilar, solo en la mandíbula. Los dientes supernumerarios se presentaron tanto en maxilar como en mandíbula. Su frecuencia fue equivalente en el número de casos de ambas anomalías.



Gráfica 4 Distribución de frecuencia por zona afectada en mujeres.

Se observa (gráfica 5) que el género masculino fue semejante el número de casos de agenesia en maxila y mandíbula. Los dientes supernumerarios no se presentaron en mandíbula, solo en la maxila.

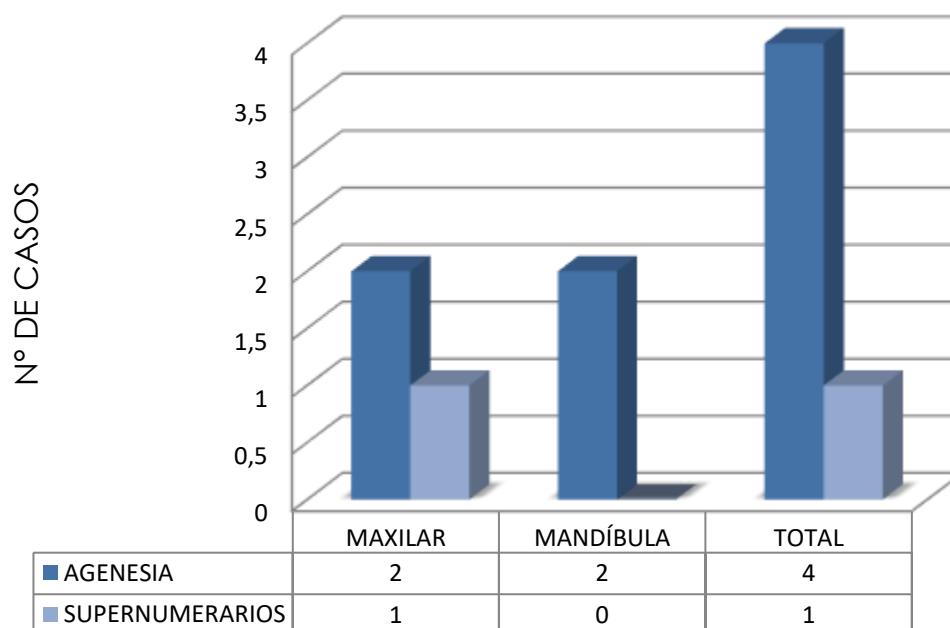


Gráfico 5 Distribución de frecuencia por zona afectada en hombres.

Los pacientes que presentaron agenesias, 5 de ellos se encontraron bilateralmente.

Los dientes afectados por agenesia dental tuvieron una frecuencia como se muestra en la siguiente cuadro 4:

Diente Afectado	PORCENTAJE [%]
Canino Superior Derecho	14.2 %
Lateral Superior Izquierdo	14.2 %
Segundo Premolar Superior Izquierdo	14.2 %
Lateral Inferior Izquierdo	57.1 %
Canino Inferior Izquierdo	14.2 %
Segundo Premolar Inferior Izquierdo	28.5 %
Lateral Inferior Derecho	42.8 %
Segundo Premolar Inferior Derecho	28.5 %

Cuadro 4 Distribución de la frecuencia de agenesia dental.

El diente que más predominó fue el lateral mandibular con un porcentaje de 57.1%, seguido por el segundo premolar mandibular.

Los dientes supernumerarios tuvieron una frecuencia como se muestra en la siguiente cuadro 5:

Diente Afectado	PORCENTAJE [%]
Mesiodens	50%
Lateral	-
Premolar	25%
Molar	25%

Cuadro 5 Distribución de la frecuencia de dientes supernumerarios.

El diente que tuvo una mayor frecuencia fue el mesiodens con un porcentaje del 50%.

De acuerdo a su forma se presentaron dientes supernumerarios, 2 (50%) cónicos, 1(25%) tuberculado y 1(25%) suplementario. Gráfico 6

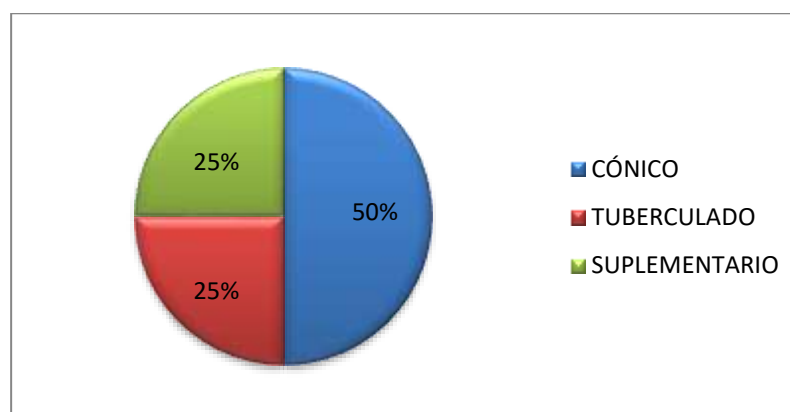


Gráfico 6 Distribución porcentual según su forma.

IX. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que la agenesia dental afecta principalmente a los laterales en mandíbula presentándose bilateralmente con un porcentaje del 57%. A si mismo se observó que también se presentó bilateralmente el segundo premolar inferior con un porcentaje del 28.5%.

En 2003, Polder y cols. , realizaron un análisis sobre la agenesia dental, en sus resultados se presentaba con mayor frecuencia en mujeres y de forma unilateral. Nuestros resultados difieren con los autores Polder y cols, se obtuvo una mayor prevalencia en el género masculino y se presentó de forma bilateral.

Polder, menciona que las agenesias se presentan con mayor frecuencia en los segundos premolares inferiores y los incisivos laterales superiores; mientras que en este estudio no fueron similares, la prevalencia fue mayor en los laterales inferiores.

En un estudio realizado por Chappuuzeau, los dientes supernumerarios presentaron una frecuencia de un 50% en los incisivos laterales superiores y el mesiodens con un 36 %, en este estudio el diente de mayor prevalencia fue el mesiodens (50%) y de acuerdo a su forma fue el cónico (50%).

En un estudio retrospectivo de dientes supernumerarios realizado en la Clínica Periférica Venustiano Carranza, UNAM en el año 2016 al 2018 la predilección por género fue del género masculino con un 75% y en el femenino de un 25 %.

En relación con la distribución por género en esta investigación fue más frecuente en mujeres que en hombres, mientras que otros autores mencionan que la prevalencia es en hombres, inclusive en el estudio retrospectivo realizado en la misma clínica se observó que la prevalencia fue mayor en hombres, esto puede deberse al número de pacientes analizados en el estudio mientras que en este solo se analizaron los pacientes de un periodo escolar.

X. CONCLUSIONES

- ◆ La agenesia dental se presentó con mayor frecuencia en comparación con los dientes supernumerarios.
- ◆ A pesar de que la prevalencia de estas anomalías no es alta, es importante el examen radiográfico para realizar un diagnóstico temprano y así aplicar medidas preventivas correctas y así establecer el mejor plan de tratamiento para beneficiar al paciente.
- ◆ El diagnóstico precoz de este tipo de anomalías es de suma importancia para prevenir o minimizar futuras complicaciones, tales como dientes retenidos, retraso en la erupción, erupciones ectópicas, malposiciones dentarias, giro versión de dientes de la segunda dentición, diastema en línea mediar, caries o reabsorción radicular de dientes vecinos, apiñamiento del sector anterior, quistes derivados del folículo del diente supernumerario o erupción en la cavidad nasal.
- ◆ Se puede concluir que la tomografía Cone Beam provee importante información sobre la posición de dientes supernumerarios, el espacio pericoronario, la relación que guarda con las estructuras anatómicas vecinas y las posibles alteraciones que pueden provocar una maloclusión.
- ◆ Es indispensable que el Odontólogo de práctica general, solicite los auxiliares de diagnóstico necesarios para descartar cualquier anomalía dentaria de número.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duque A, Escobar S. Anomalías de número. Agenesia, hipodoncia y oligodoncia. Reporte de casos. RevEstomatol 2002; 10(1): 32-88.
2. Herrero R, Herrero M, Gallegos L. Anomalías dentarias de número: hiperodoncia/hipodoncia. A propósito de un caso. OdontolPediátr 2014. 22(3):209-215.
3. Lagos D, Martínez AM, Palacios JV, Tovar D. Hernández JA, Jaramillo A. Prevalencia de anomalías dentarias de número en pacientes infantiles y adolescentes de las clínicas odontológicas de la Universidad del Valle desde el 2005 hasta el 2012. RevNacOdontol. 2015; 11(20):31-39.
4. Duque A, Rodríguez C, Soto L, Triana F. Prevalencia de anomalías dentales en pacientes de 4 a 14 años de edad, atendidos en las clínicas de odontopediatría de la Universidad del Valle en el período de enero de 2013 a junio de 2016. Revista Gastrohnup, Ene-abr 2016:18(1) 4-11.
5. Bernal K, Cárdenas M. Anomalías dentarias de número y forma. Caso clínico. ArchInv Mat Inf 2014; 6(1):9-14.
6. Ibarra MC, Moyaho MA, Carrasco R, Lezama G, Leyva J. Anomalías de forma y numero en dentición temporal en una población Mexicana. OdontolPediatr 2015 Jul-Dic; 14(2):94-107.
7. Iglesias P, Manzanares M, Valdivia I, Zambrano R. Anomalías dentarias: prevalencia en relación con patologías sistémicas en una población infantil de Mérida, Venezuela. RevOdontol de los Andes 2007 Jul-Dic 2(2):37-50.
8. Reyes, A., Vargas A. Anomalías dentales en radiografías panorámicas. Odontología Vital. 2009; 1(10): 20-28.

9. Olaya A, Hernández J. Anomalías dentales de número: Supernumerarios en trillizos. Revisión de tema y reporte de casos. Rev. Estomatol 2015; 23(2):30-37.
10. Boj JR, Catalá M, Mendoza A. Odontopediatría. Barcelona. Editorial Masson, S.A; 2005.
11. McDonald R, Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. Madrid. España. Editorial Mosby- Doyma Libros, S.A; 1997.
12. Hallado en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/erupciondentaria.pdf>
13. Hallada en: <https://www.mouthhealthy.org>
14. Espinal G, Manco HA, Aguilar G, Castrillón L, Rendón JE, Marín ML. Estudio retrospectivo de anomalías dentales y alteraciones óseas de maxilares en niños de cinco a catorce años de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009; 21(1): 50-64.
15. Gutiérrez N, López A. Frecuencia de anomalías dentales de número en niños costarricenses atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica. ODOVTOS-Int. J. Dental Sc 2018; Ene-Abr 21(1): 95-102.
16. Jani YV, Butala P, Rao V, Macwan S, Hirpara G, Sayeed A. Hypodontia – A dento-evolutionary study. Journal of International Oral Health. 2016; 8(12):1057-1064.
17. Neyra JD, Silva MR. Prevalencia de dientes supernumerarios en una muestra mexicana. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2015; 3(2). Abril-Junio:88-91.
18. Rivas G, Sánchez J. Diente supernumerario mandibular: caso clínico. Rev Nac Odontol 2016; 12(22): 81-88.
19. Echeverri Escobar J, Restrepo Perdomo LA, Vásquez Palacio G, Pineda Trujillo N, Isaza Guzmán DM, Manco Guzmán HA, Marín Botero ML. Agenesia dental: Epidemiología, clínica y genética en pacientes antioqueños. Av. Odonto estomatol 2013; 29 (3): 119-130.

-
20. Hallado en: <https://www.cdi-peru.com/2003/03/17/caso-28-anodoncia-masiva-displasia-ectod%C3%A9rmica/>
 21. Villanueva, R., Pérez, T. Evaluación de mesiodensintraóseos mediante tomografía computadorizada de haz cónico. *Odontología Vital*. 2014; 20:39-50.
 22. García LS, Villanueva AR. Manejo clínico de dientes supernumerarios en la práctica odontológica Revisión de la literatura y reporte de un caso. *Rev. ADM* 2009. Mar-Abr 65(2): 28-34.
 23. Gustavo UA. La extracción dentaria: Dientes Supernumerarios. Ed. Med. Panamericana; 2015.
 24. Gurudutt N, Shashit S, Inderpreet S, Deepti P. Paramolar – A supernumerary molar: A case report and an overview. *Dent Res J (Isfahan)*. 2012 Nov-Dec; 9(6): 797–803.
 25. Vázquez V, Espinosa M, Hernández F. Presencia del cuarto molar. Revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana* 2018;22 (2): 104-118.
 26. Farías J. Mosayhuate R. Torres G. Mesiodens en dentición primaria. Reporte de un caso. *Odontol Pediatr*. 2015 14(1). Ene–Jul.
 27. Priyanshi R, Patterson K. Diagnosis of Tooth Agenesis in Childhood and Risk for Neoplasms in Adulthood. *Ochsner Journal* 2018; 18(4):345–350.
 28. Pineda P, Fuentes R, Sanhueza A. Prevalencia de agenesia dental en niños con dentición mixta de las clínicas odontológicas docente asistencial de la Universidad de La Frontera. *Int. J. Morphol* 2011; 29(4):1087-1092.
 29. McDonald R, Avery D. *Odontología pediátrica y del adolescente*. Madrid. España. Editorial Mosby- Doyma Libros, S.A; 1997.
 30. Herrera A, Zuñiga H, Colomé R, Carrillo A. Distribución de dientes supernumerarios y anomalías dentales asociadas en una

población ortodóntica del estado de Yucatán.
RevOdontoLatinoam 2017; 9(2):49-55.

ANEXO. FORMATO DE RECOPILACIÓN DE DATOS

PACIENTE	GÉNERO M(1) F(2)	EDAD	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA (1) TOMOGRFÍA (2) AMBAS (3)	SUPERNUMERARIO(1) AGENESIA (2)	DIENTE AFECTADO MESIODENS (1) LATERAL (2) PREMOLAR (3) MOLAR (4)	FORMA CÓNICO (1) SUPLEMENTARIO (2) TUBERCULADO (3)	LOCALIZACIÓN MAXILAR (1) MANDÍBULA (2)	DIENTE FALTANTE