

**DIENTES SUPERNUMERARIOS
(CASO CLÍNICO)**

**CLAUDIA J. ÁLVAREZ
DERLYS BARRAZA
MILENA NÚÑEZ
MARÍA VICTORIA SIERRA
MARIA SERLEY PULIDO**

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA
X SEMESTRE**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C. MAYO 14 DE 2003**

INFORMACIÓN GENERAL:

- Nombre : Javier Herrera Naranjo.
- Edad : 29 años.
- Estado civil : Soltero.
- Ocupación : Electricista.
- Motivo de Consulta : A que me arreglen los dientes.

EXAMEN FÍSICO:

- Peso: 69 Kg.
- Estatura: 1.70 mts.
- RH: 0+.
- Presión Arterial: 112/80 mm/Hg.
- Frecuencia Cardíaca: 72 P/mios

ANAMNESIS:

* Historia Médica Familiar:

Hermana mayor padece Artritis.

* Historia Médico Personal:

Trastorno de la visión.

Hipermetropía (no controlada).

HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA:

- No reporta ningún compromiso post anestesia y exodoncia.
- Atención previa.
- Cirugía. Exodoncia del 21 (únicamente).

HISTORIA ESTOMATOLÓGICA:

- Dolor en músculos Masticad. No
- Dolor ATM. No reporta.
- Ruido ATM. No reporta.
- Alteración en el movimiento. No.

HISTORIA ESTOMATOLÓGICA

- Desarmonías oclusales. Si presenta.
- Hábitos. Ninguno.
- Odontología del 28.
- Sensibilidad. No presenta.

EXAMEN FÍSICO ORAL:

- Labios. Normal.
- Carrillos. Normal.
- Surco vestibular. Normal.
- Gingiva.
- Reborde Alveolar. Anormal.

EXAMEN FÍSICO ORAL

- Lengua.
 - Aso de boca.
 - Paladar duro.
 - Paladar blando.
 - Amígdalas.
 - Glándulas salivares.
- } Normales

EXAMEN FÍSICO CRANEOMANDIBULAR:

- Apertura 44mm.
- Protrusión 9mm.
- Lateralidad izquierda. 6mm.
- Lateralidad derecha. 5mm.

EXAMEN DENTARIO:

- Clasificación de Angle.
- Relación canina Izquierda.
- Pacte Simétrico.
- Overjet. N. A.
- Obervite Aumentado.
- Línea ½ dentaria N. A.

EXAMEN DENTARIO:

- Apiñamientos. Max. Inferior.
- Diastemas. No presenta.
- Facetas de Desgaste. 31-32-33-41-42-43.

EXAMEN DENTARIO:

- Ausencias dentarias 21.
- Dimensión postural vertical: 46mm.
- Dimensión vertical oclusal: 44mm.
- Espacio libre: 2mm.

EXAMEN PERIODONTAL:

- Color: Rojo.
- Margen: Discontinua.
- Consistencia: Blanda.
- Textura: Lisa.
- Grosor: Aumentado.
- Contorno: Irregular.
- Papilas: Achatadas.

EXAMEN PERIODONTAL

- Encía adherida. Normal.
- Cálculos. No presenta.

- Sangrado. Al sondaje.
- Supuración. No presenta.
- Movilidad Dentaria. No presenta.

ODONTOGRAMA:

18 Destrucción Coronal	28 caries OVD
17 C. O.	27 C. OV y C.O.
16 C. O.	26 C. O. y C. P.
15 C. O.	25 sano.
14 C. O.	24 C. O.
13 C. P.	23 sano.
12 Sano	22 Destrucción coronal.
11. Destrucción coronal.	21 Ausente.

ODONTOGRAMA:

38 C. O.	48 caries O.
37 C. V. Y C. O.	47 Resina V. Desadap.
36 C. V. Y C. O.	46 Resina V. Desadap.
35 Sano	45 Sano.
34 Sano	44 C. O.
33 Sano	43 Sano.
32 Sano	42 Sano.
31 Sano	41 Sano.

RADIOGRAFÍA OCLUSAL:

Dientes superiores. Se observa la sutura intermaxilar, dientes impactados a nivel del ant. Superiores (aparentemente dientes supernumerarios canino y lateral).

DIAGNÓSTICOS:

Generales.

- Hipermetropía.

Dentales.

- Caries Activo: 18,17,16,15,14,13,28,27,26,24,38,37,36,48,47,46,44.

DIAGNÓSTICOS:

Periodontales. Periodontitis apical crónica no supurativa del 11 y 22.

Gingivitis crónica por apiñamiento.

TRATAMIENTO IDEAL:

Periodoncia: Terapia básica

- Gingivoplastia para mejorar el contorno de las papilas.

Cirugía: Exodoncia Método cerrado del 18,28,38 y 48.

Exodoncia Método abierto de dientes impactados en paladar.

Endodoncia T. C. c. del 11 y 21.

TRATAMIENTO IDEAL:

Operatoria Ag. 17,16,15,14,27,26,24,36,37,46,47,44.

Res. 13,26,36,37,46,47.

- Ortodoncia Correctiva

Prostodoncia. A retenedores intraradiculares del 11 y 22 y P.P.F. del (11-22)

TRATAMIENTO A REALIZAR:

- Gingivoplastia

Cirugía: Exodoncia básica.

Cirugía Exodoncia M. C. del 18,28,38,48 y Exodoncia M. A. de dientes supernumerarios.

Exodoncia: T. C. C. del 11 y 21.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE INCISIONES E IMPACTACIONES

Importante:

Historia clínica.

Diagnóstico.

Indicaciones y contraindicaciones de la remoción

Quirúrgica.

Examen Radiográfico.

DIENTE NO ERUPCIONADO:

Definición: Son aquellos dientes que no han perforado la mucosa bucal y por lo tanto no ha adquirido una posición normal en el maxilar.

ALTERACIONES DE TEJIDOS BLANDOS:

- Frenillo pediculado.
- Fibromas a nivel vestibular en la mucosa gingival.

DIENTES SUPERNUMERARIOS:

Son dientes formados en exceso del número normal, llamados también suplementarios; pueden ser:

- Simples o múltiples.
- Unilaterales.
- Bilaterales.
- Malformados.
- Normales en tamaño y forma.
- Erupcionados o retenidos.

CLASIFICACIÓN DE LOS SUPERNUMERARIOS:

Según su aparición:

- Predeciduos.
- Similares a los permanentes.
- Posteriores a los permanentes.

Según su Morfología:

- Suplementarios o Eumórficos.
- Rudimentarios o Dismórficos.

Según su Forma y Tamaño:

- Cónico.
- Tuberculado.
- Molariforme.
- Odontomas.

Según la Relación con el Medio Ambiente:

- Retenidos.
- Erupcionados.

INTRODUCCIÓN

Se define como diente no erupcionado, el que no ha perforado la mucosa bucal y por lo tanto no ha adquirido una posición normal en el maxilar, se incluyen tanto los dientes impactados como dientes en proceso de erupción.

La impactación hace referencia a dientes no erupcionados en la época no esperada, debido a impedimentos mecánicos. El diente incluido es aquel que ha perdido la fuerza de erupción y se encuentra sumergido en el maxilar con o sin patología asociada.

La ectopía se refiere a dientes incluidos localizados en una posición anómala y generalmente distantes de su sitio de erupción.

En cuanto a incidencia de las inclusiones e impactaciones dentarias se mencionan:

Las discrepancias entre la arcada dentaria y tamaño de los dientes, los gérmenes dentarios en mal posición, un patrón de erupción anormal, la presencia de dientes supernumerarios, los quistes y tumores odontogénicos, la pérdida prematura de dientes temporales, su retención prolongada o su anquilosis, el trauma maxilar, el

aumento de la dentición del hueso adyacente, la inflamación crónica y la presencia de fisuras congénitas.

La disminución en el tamaño de los maxilares como proceso evolutivo y los cambios en los hábitos alimenticios son factores que han generado tanto inclusiones como agenesias dentarias.

Se ha observado también la presencia de múltiples dientes incluidos y supernumerarios en entidades patológicas como disostosis cleidocraneal, síndrome de Down, Hipotiroidismo. Labio y paladar fisurado etc.

La hiperodoncia o dientes SN, implica la formación de dientes en exceso respecto a la fórmula dental normal tanto en la dentición decidua como en la permanente; pudiendo acompañar también por ausencia congénita de otros dientes.

Existe mayor predominio de dientes supernumerarios en el maxilar superior comparada la mandíbula, en una proporción de 6:1 en algunos estudios y de 11:1 en otros.

La mayoría de los dientes SN han sido encontrados en la región premaxilar en un 90% seguidos por la región premolar mandibular en 8% mientras que el 2% restante se encuentra distribuido en otras regiones de los maxilares (7,20), con una rara ocurrencia en la zona canina.

La patogénesis de los dientes supernumerarios aún permanece desconocida. No obstante han sugerido varias teorías que pretenden explicar dicho fenómeno. La reversión filoge (atavismo), propone la hipótesis de la regresión de 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 de los SN distimolares (cuarto molar).

También se ha sugerido que los SN se forman como resultado de la división de la yema dental, teoría conocida como discotomía. Al mismo tiempo, una tercera teoría propone que ellos se forman como resultado de la hiperactividad de la lámina dental o de sus remanentes genéticos (explicación de etiología unificada)

en donde estos hacen parte de los síndromes genéticos tales como: displasia cleidocraneal, síndrome de Gardner. Orofaciodigital tipo y Hallerman-Streiff entre otros. También es sabido que el 28% de los pacientes con labio y paladar fisurado tienen como mínimo un diente SN; al parecer resultado de la fragmentación de la lámina dental durante la formación de la hendidura.

En general, se debe considerar la hiperodoncia como un desorden hereditario multifactorial originado de la hiperactividad de la lámina dental.

Los dientes SN han sido clasificados de varias formas, una de ellas es de acuerdo con el momento de aparición en el arco dental (4) así:

1. Predeciduos, previo a la aparición de los dientes temporales.
2. Similares a los permanentes, en la que se encuentra el mayor porcentaje de ellos.
3. Posteriores a los permanentes, que involucra a aquellos de la región premolar.

De acuerdo con sus características morfológicas (6,26) se clasifican en:

1. Suplementarios llamados también eumórficos.
2. Rudimentarios o dismórficos.

El diente suplementario, tiene una forma y tamaño similar al diente normal, son comunes la dentición primaria, en la región del incisivo lateral y en la premolar mandibular. La formación rudimentaria incluye dos tipos: (3,19).

- a. Cónico que representa la mayoría de los casos.
- b. Tuberculado.
- c. Molariforme.
- d. Odontomas.

De acuerdo con su relación con el medio ambiente 19 se clasifica en:

- 1. Retenidos.
- 2. Erupcionados.

El 25% de los dientes SN permanentes premaxilares (mesiodens) hacen erupción mientras que el 75% restante permanece retenido, (19) a su vez la frecuencia de erupción en la dentición decidua es de 73%, siendo mucho más alta que en la dentición permanente anterior, se puede concluir que la mayoría de los dientes SN permanentes sólo se puede diagnosticar mediante el examen radiográfico.

Únicamente entre el 7 y el 20% de los dientes SN pueden permanecer en el arco dentario ocasionar complicaciones clínicas. No obstante, particularmente los de la región premaxilar pueden causar algunos problemas en el normal desarrollo de la

oclusión de los dientes permanentes (6,16) pudiendo ser detectados en el examen clínico radiográfico. Estos problemas son:

1. Retardo en la erupción.
2. Desplazamiento o rotación.
3. Apiñamiento de la región.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La historia del paciente debe ser completa. La valoración clínica y radiográfica de los dientes incluidos o impactados debe ser cuidadosamente para tratar de obtener la mayor cantidad de información antes del tratamiento quirúrgico u ortodóntico

- Quirúrgico.

En el examen oral además de la ocasión, los tejidos blandos, etc. se debe observar y palpar la zona de la inclusión o impactación, y tener en cuenta la erupción del diente contralateral y del antagonista. En el caso de caninos localizados en el paladar se debe considerar la posibilidad de elaborar una placa de acetato para mantener el colgajo en posición en el posoperatorio.

En la evaluación radiográfica de dientes incluidos o impactados en el maxilar se debe analizar: La profundidad de la impactación medida con la relación al plano oclusal, la inclinación del diente comparada con el eje axial del diente erupcionado adyacente, la longitud, forma, dirección y número de raíces, la forma y tamaño de

la corona, el espacio del ligamento periodontal, la posibilidad de anquilosis, la relación con la rama ascendente del maxilar, valorando el espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama y comparando este espacio con el ancho mesiodistal del tercer molar.

Para el análisis de los dientes incluidos en el maxilar, la fosa intratemporal, la fosa pterigo maxilar, la fosa intratemporal, la fosa nasal, la espina nasal anterior e incluso el reborde y el agujero infraorbitario.

La tuberosidad es la continuación del proceso alveolar y hacia esta puede extenderse el seno maxilar, rodeando por completo un tercero molar incluido o impactado. Así mismo el seno maxilar rodeando por completo un tercer molar incluido o impactado. Así mismo el seno maxilar puede estar en estrecha relación con los ápices del tercer molar e incluso con el ápice de caninos o supernumerarios incluidos.

El examen radiográfico de los folículos amerita algunas consideraciones. En la radiografía periapical se considera normal un espacio de 3mm. La radiografía panorámica muestra folículos normales de mayor grosor, debido a la mayor distancia entre el rayo y la placa. La anchura del folículo también puede reflejar discrepancias de imagen de posicionamiento. En el folículo dental además del espacio folicular se debe observar la morfología, el patrón de erupción, el espacio

del ligamento periodontal, la cortical pericoronaria y el hueso esponjoso adyacente.

La ausencia de cortical pericoronaria en el folículo de un diente incluido, es sugestiva de formación quística o tumoral, por tanto es recomendable la inspección detallada del hueso contiguo y la comparación del lado contralateral.

La presencia de una capa esclerótica (neoformación ósea) alrededor del folículo sugiere una lesión de crecimiento lento.

La anquilosis dental es una unión del hueso con el diente formando una sola unidad. Estas funciones se visualizan en la radiografía como puentes escleróticos que atraviesan el ligamento periodontal y representan la situación de las fibras del ligamento periodontal por tejidos óseos, conectando la dentina y el cemento directamente con el hueso alveolar. Las anquilosis dentarias se pueden observar en la radiografía periapical.

Las radiografías panorámicas muestran imágenes claras de planos maxilares seleccionados, lesiones del hueso esponjoso, evidencia de lisis, neoformación o ensanchamiento óseo y desplazamiento de estructuras anatómicas. En la valoración de terceros molares, caninos y premolares incluidos proporciona aceptable información en primera instancia, de la relación de estos con las estructuras anatómicas maxilar y mandibulares y con los dientes adyacentes.

Para completar dicha información existen numerosos medios de diagnóstico como radiografías periapicales, radiografías oclusales, tomografías simples, tomografías computarizadas, scan dental, imágenes de resonancia magnética de alta resolución.

El uso de los medios de diagnóstico sofisticados en nuestro medio han sido limitados principalmente por sus altos costos y aunque la máxima exactitud acerca de la posición, inclinación relación con estructuras anatómicas de dientes incluidos y reabsorción de dientes vecinos causa por estos, está dada por la tomografía computarizada dental, podemos tener información confiable con tomografías simples acerca de las raíces de terceros molares superiores con el conducto dentario inferior, la relación de terceros molares superiores con el conducto dentario inferior, la relación de terceros molares superiores con la cortical del seno maxilar, aclarar por ejemplo, posiciones invertidas de caninos o dientes supernumerarios , aclarar la relación de incluidos con el piso de la fosa nasal, etc.

INDICACIONES PARA REMOCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTES IMPACTADOS O INCLUIDOS

Para algunos cirujanos y patólogos por regla general todos los dientes impactados deben ser removidos a menos que la remoción esté contraindicada. Para otros el tratamiento debe basarse en la evaluación clínica y radiografía con el fin de

determinar y prevenir riesgos futuros. Así la exodoncia está indicada en dientes sintomáticos.

En dientes asintomáticos debe tenerse en cuenta factores como la edad, la condición general del paciente, la morbilidad posoperatoria, las complicaciones potenciales y el grado de aceptación, comodidad o inconveniencia del paciente hacia el tratamiento quirúrgico.

Los criterios para la indicación de cirugía dados por la Asociación Americana de Cirujanos orales y maxilofaciales (AAOMS), son los siguientes:

Infecciones, caries no restaurables, compromiso periodontal del diente adyacente, tumores odontogénicos asociados, interferencia con el tratamiento ortodóntico, quirúrgico, ortognática, dientes en línea de fractura, interferencia en la elaboración y adaptación de prótesis, dolor de origen inexplicable en la región retromolar y en los pacientes en que se decide no operar. Se debe observar clínica y radiográficamente inicialmente cada 6 meses, luego anualmente durante 5 años y sino se encuentran cambios después de este periodo el examen puede ser cada dos años.

Tratamiento

La remoción quirúrgica de los dientes SN está indicada si una o varias de las alteraciones anteriormente mencionadas son identificadas. El momento del

procedimiento quirúrgico depende de la formación académica del cirujano y las características específicas en ese caso existen dos escuelas, una radical y otra conservadora.

El denominado manejo radical o temprano implica la remoción de dientes SN en forma inmediata luego del diagnóstico inicial de la condición; sin importar la edad del paciente, su relación con la formación radicular del diente adyacente.

La alternativa conservadora recomienda un análisis de la posición y relato del diente con la formación radicular del diente permanente vecino; si este está próximo a la raíz se ha culminado su formación, es aconsejable esperar hasta que la formación radicular haya completado o esté próxima a terminar, lo que se logra normalmente a la edad de años.

BIBLIOGRAFÍA

Alias Interpretativo de la Pantomografía Maxilofacial. Chomenco A. DOYMA.
1.990.

Cirugía Oral. GUILLERMO RASPALL. Editorial Médica. Panamericana. 1.993.

Revista facultad de Odontología Universidad de Antioquia, Volumen 13 No. 2 del
2002.