

Aliaga Del Castillo, Rosalinda; Perea Paz, Miguel; De La Cruz Sedano, Gabriela Silvia;
Aliaga Del Castillo, Arón

Tratamiento en sala de operaciones de dientes supernumerarios, inclusiones dentarias y
quiste dentígero asociado

Revista Estomatológica Herediana, vol. 20, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 155-160
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539360012>

Reporte de Caso

Tratamiento en sala de operaciones de dientes supernumerarios, inclusiones dentarias y quiste dentígero asociado

Rosalinda Aliaga Del Castillo¹
Miguel Perea Paz²
Gabriela Silvia De La Cruz Sedano¹
Arón Aliaga Del Castillo³

¹Residente en Odontología Pediátrica.
²Docente del Departamento Académico de Atención Estomatológica del niño y adolescente.
Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
³Cirujano Dentista.

Correspondencia

Rosalinda Aliaga Del Castillo
Jr. JJ Pasos 490 Dpto 401 - Lima 21, Perú.
Teléfono: (51-1) 996845673
e-mail: lindaaliaga@gmail.com

Recibido : 16 de abril de 2010

Aceptado : 20 de agosto de 2010

Aliaga-Del Castillo R, Perea-Paz M, De La Cruz-Sedano GS, Aliaga-Del Castillo A. Tratamiento en sala de operaciones de dientes supernumerarios, inclusiones dentarias y quiste dentígero asociado. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(3):155-160.

RESUMEN

Los dientes supernumerarios y las inclusiones de dientes permanentes son muy frecuentes en la infancia. Algunos dientes incluidos pueden estar asociados a la presencia de quistes dentígeros. Reportamos el caso de un paciente de sexo masculino de once años de edad con presencia de tres dientes supernumerarios en el maxilar superior, inclusión dentaria de pieza 11 e inclusión dentaria de pieza 13 con quiste dentígero asociado. El motivo de consulta fue precisamente la falta de las piezas 11 y 13 en boca. Al examen clínico intraoral presentaba: gingivitis generalizada asociada a placa bacteriana, caries dental, ausencia clínica de piezas 11 y 13, aumento de volumen en palatino a nivel de piezas 11 y 12. Al examen radiográfico se observó que las piezas ausentes en boca se encontraban incluidas y los tres dientes supernumerarios fueron hallazgos radiográficos. El tratamiento quirúrgico se realizó bajo anestesia general. El diagnóstico temprano y tratamiento multidisciplinario fueron de vital importancia.

Palabras clave: DIENTE SUPERNUMERARIO / DIENTE IMPACTADO / QUISTE DENTÍGERO.

Operating room treatment of supernumerary teeth, dental inclusions and associated dentigerous cyst

ABSTRACT

Supernumerary and impacted permanent teeth are common in children. Some impacted teeth may be associated to dentigerous cysts. We report a case of an eleven years old male patient with presence of three supernumerary teeth in the maxilla; tooth 1.1 impacted, and 1.3 impacted associated to dentigerous cyst. The chief complaint was precisely the lack of 11 and 13 in mouth. Intraoral examination showed: generalized gingivitis associated to dental plaque, dental caries, clinical absence of 11 and 13, and increased volume on the palatal area at 12 and 11. The radiographic examination revealed that 11 and 13 were impacted, and the three supernumerary teeth were a radiographic findings. Surgical treatment was performed under general anesthesia. Early diagnosis and multidisciplinary treatment were vital.

Key words: SUPERNUMERARY TOOTH / IMPACTED TOOTH / DENTIGEROUS CYST.

Introducción

El término "diente supernumerario" se refiere al exceso en el número de dientes en ambas denticiones. Pueden ser únicos, múltiples, unilaterales o bilaterales, de morfología normal o alterada, erupcionados, impactados o retenidos (1,2).

Su etiología no es exacta, sin embargo se han descrito varias teorías para explicar su desarrollo (3); como la división del germen dental (3,4,5), hiperactividad de la lámina dental caracterizada por aberraciones embriológicas durante el desarrollo y una excesiva actividad proliferativa de los remanentes epiteliales de la lámina dental inducidos por presión ejercida por la dentición permanente (3,4,6,8,9). Además, mutaciones de DNA,

incluyendo anomalías dentomaxilofaciales como labio y paladar fisurado, displasia cleidocraneal y síndrome de Gardner. Actualmente se habla de una etiología multifactorial, siendo una combinación de factores ambientales y genéticos (5,10).

El diente incluido es el que permanece dentro del hueso y el término inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de impactación. Así, se denomina impactación a la detención de la erupción de un diente producida o bien por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos) en el trayecto de erupción detectable clínica o radiográficamente, o bien por una posición anormal del diente (11). Si no se puede identificar una barrera física o una posición o un

desarrollo anormal como explicación para la interrupción de la erupción de un germen dental que aún no ha aparecido en la cavidad bucal, hablamos de retención primaria (11). La literatura muestra a la inclusión dental como un fenómeno frecuente (12,13).

Las inclusiones dentarias pueden deberse a algunos obstáculos mecánicos como engrosamientos gingivales, discrepancia dentomaxilar, presencia de dientes supernumerarios, posición anormal de dientes, trauma al germen dental, dientes retenidos, odontomas, quistes y tumores; así como a una alteración genética, estados carenciales, y alteraciones endocrinas (11-13).

La presencia de piezas incluidas pueden determinar una serie de trastornos como; pericoronitis,

enfermedad periodontal localizada en las piezas dentarias contiguas, lesión cariosa de la pieza dentaria incluida o semiincluida, lesión cariosa de piezas contiguas, reabsorción radicular del diente adyacente, quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, problemas ortodónticos, problemas protésicos (13-15).

El quiste dentígero es clasificado como uno de los quistes odontogénicos de desarrollo, siendo una cavidad anormal que rodea la corona de un diente no erupcionado, dejando por fuera la raíz o raíces de dicha estructura dentaria. Se origina por alteración del epitelio del órgano del esmalte después de la formación completa de la corona por la acumulación de líquido entre las capas del epitelio adamantino o entre este y la corona dental. Está siempre asociado a la corona de un diente incluido. Suelen descubrirse por un estudio radiográfico de rutina. Es de crecimiento lento y asintomático. Pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes y reabsorción radicular de los dientes adyacentes (16-19).

Reporte de Caso

Paciente de sexo masculino de once años de edad, acudió a consulta en el servicio de Odontología Pediátrica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por presentar ausencia de un incisivo y de un canino superior. No presentaba antecedentes patológicos. Al examen clínico intraoral presentaba: gingivitis generalizada asociada a placa bacteriana no agravada sistémicamente, caries dental, secuencia de erupción alterada por ausencia clínica de pieza 11 y pieza 13, aumento de

volumen en palatino a nivel de piezas 11 y 12, de consistencia dura, que a la presión presentaba isquemia (Fig. 1A, 1B). Al informe radiográfico se evidenciaron tres dientes supernumerarios, los cuales fueron denominados con las letras "A, B, C" para su identificación. El diente supernumerario "A" en estadio de Nolla 5, proyectado interradicular a piezas 14 y 12. El diente supernumerario "B" en estadio de Nolla 10, con convergencia de sus superficies proximales, proyectado sobre tercio apical de pieza 12. El diente supernumerario "C", en posición invertida, proyectado sobre la espina nasal anterior. La pieza 13 mesioangulada en evolución intraósea, con su corona proyectada sobre ápice de pieza 12. La pieza 11 en evolución intraósea, en posición transversal, con inclinación cefálica y dilaceración apical a nivel de tercio medio (Fig. 2).

De acuerdo a las radiografías de

localización empleadas, según la técnica de desplazamiento horizontal de Clark, y a la tomografía lineal se concluyó que: El diente supernumerario "A" se encontraba ubicado hacia la tabla ósea vestibular, a nivel del tercio apical de la pieza 12. El diente supernumerario "B" se encontraba ubicado hacia la tabla ósea palatina, en posición vertical a nivel del tercio medio de la raíz de la pieza 12. El diente supernumerario "C" se encontraba ubicado hacia la tabla ósea vestibular, al igual que la pieza 13 y la pieza 11 (Fig. 3).

Se amplió el estudio radiográfico de la pieza 13, donde se evidenció la presencia de imagen radiolúcida que circunscribía la corona del diente, compatible con quiste dentígero.

Se realizó la interconsulta con el servicio ortodoncia, quienes recomendaron las exodoncias de las piezas supernumerarias, de la pieza 11 por presentarse incluida y en



Fig. 1. (A) Fotografía intraoral frontal. (B) Fotografía del maxilar superior.

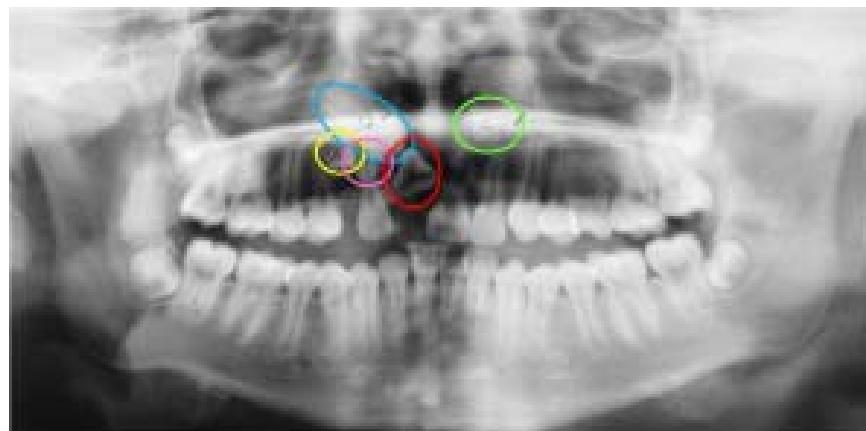


Fig. 2. Radiografía panorámica. Dientes supernumerarios: A (amarillo), B (rosado), C (verde). Piezas incluidas: 13 (azul), 11 (rojo).

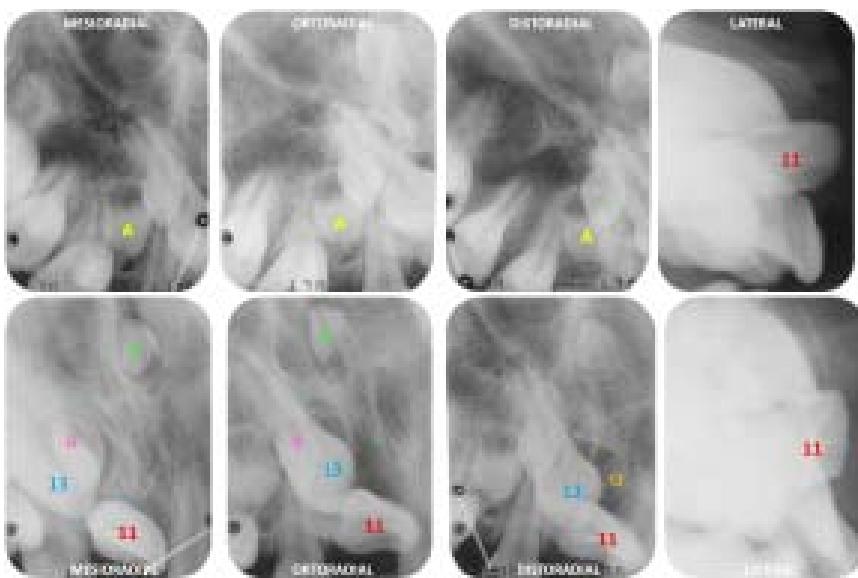


Fig. 3. Radiografías de localización. A: supernumerario A, B: supernumerario B, C: supernumerario C, 13: Pieza 13, 11: Pieza 11. Q: quiste dentígero asociado a pieza 13.

mala posición, y de la pieza 13 por presentar un quiste dentígero.

Debido a la conducta poco receptiva del paciente y la duración del procedimiento se decidió realizarlo en sala de operaciones bajo anestesia general. Luego de realizar el decolado mucoperióstico se retiró la pieza dentaria 11 incluida, la pieza dentaria 13 incluida con quiste dentígero asociado y el diente supernumerario "A"; por la tabla ósea vestibular. El diente supernumerario "B"; por la tabla ósea palatina (Fig. 4A-D). Se continuó con el decolado por vestibular a nivel de piso nasal para ubicar el diente supernumerario "C". Al no encontrar el germe dentario, se tomó una radiografía periapical para evidenciar su presencia. Agotándose las posibilidades de encontrarlo por vestibular se decidió realizar el abordaje por la tabla ósea palatina, procediendo a ampliar el colgajo palatino con el decolado y exéresis de dicha pieza supernumeraria (Fig. 5).

Luego de los controles favorables y después de haberle dado el alta por cirugía (Fig. 6), el

paciente continuará con su tratamiento integral en los servicios de odontopediatría, rehabilitación, implantología, y ortodoncia, tales áreas de manera conjunta decidirán la secuencia y alternativas de tratamiento a seguir de modo que se logre obtener un pronóstico favorable.

Discusión

La ausencia clínica de dientes permanentes que hayan sobrepasado su tiempo estimado de erupción nos hace suponer de la presencia de problemas que pudiesen contribuir a la alteración en dicho proceso eruptivo, como por ejemplo: inclusiones dentarias (dientes impactados en hueso), presencia de diente supernumerario, odontomas, quistes dentígeros, entre otros.

La radiografía panorámica, las radiografías de localización, y la tomografía lineal fueron muy útiles para complementar el examen clínico y contribuir al diagnóstico del paciente ya que las patologías que se presentaron asociadas a los dientes incluidos fueron hallazgos

radiográficos y difíciles de localizar. Sin embargo, no debemos confiarnos totalmente en el informe radiográfico, debemos usarlo como una guía de inicio, revisarlo varias veces y tratar de tener una mayor cantidad de estudios con el uso de las diferentes técnicas radiográficas conocidas y de esta forma obtener datos más precisos sobre la localización de estas patologías pues muchas veces como en nuestro caso, pueden presentarse casos límite en la interpretación radiográfica.

Rajab y Hamdan (6) y De Oliveira et al. (10) afirman que la presencia de dientes supernumerarios ocurren con mayor frecuencia en varones. De Oliveira et al. (10) encontraron dientes supernumerarios con mayor frecuencia en dentición permanente, Prado y Perea (20) reportaron el caso de un paciente masculino de 13 años con presencia de múltiples dientes supernumerarios. Al respecto Canaval et al. (21) reportaron la presencia de múltiples dientes supernumerarios en el 27,6% de su población. Con referencia a la localización de los supernumerarios De Oliveira et al. (10) encontraron que el 91,3% de sus casos se presentaron en la maxila, Canaval et al. (21) reportaron que el 96,6% de sus casos se ubicaron en la maxila. Nosotros reportamos el caso de un paciente varón de once años de edad con dentición permanente joven y con presencia de tres supernumerarios en la maxila.

Cameron sugiere que el tratamiento de los dientes supernumerarios es la extracción, y el momento de ejecutarlo depende de la posición del diente, de la edad, del manejo de conducta y del efecto que tiene o que pueda esperarse que tenga sobre los dientes vecinos (22). Nazif et al. (4) y Prismoch (8)

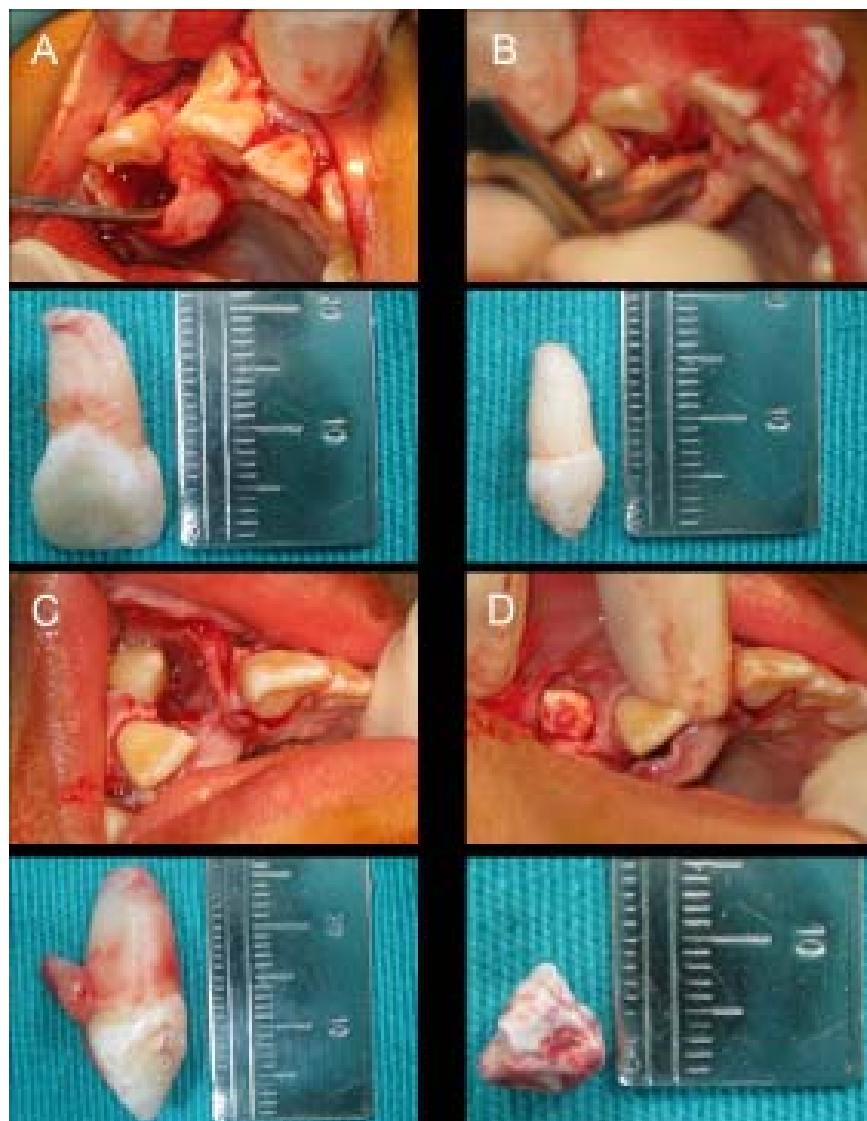


Fig. 4. (A) Pieza 11. (B) Diente supernumerario B. (C) Pieza 13. (D) Diente supernumerario A.

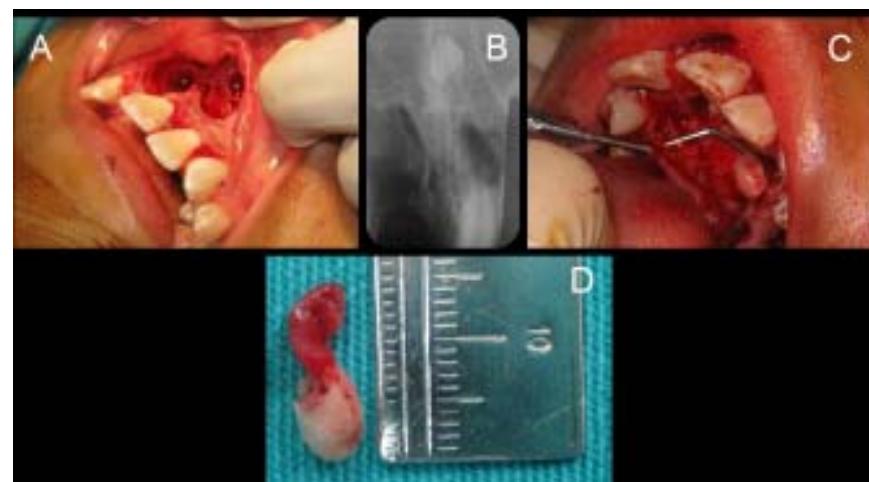


Fig. 5. (A-D) Abordaje quirúrgico del diente supernumerario C.

sugieren que el mejor momento para la extracción de los dientes supernumerarios es alrededor de los diez años, cuando el desarrollo radicular del incisivo central e incisivo lateral haya culminado. En nuestro caso, se realizó la extracción de los tres dientes supernumerarios a los once años.

La inclusión del canino maxilar permanente es una de las más frecuentes junto con la de terceras molares superiores e inferiores. Su rango de prevalencia varía desde 0.92% a 3.29%, dependiendo de la población examinada. Existe controversia respecto a la predilección por el género, pero se observa mayor frecuencia en mujeres (23).

Algunos dientes retenidos pueden presentarse asociados a un quiste dentígero, tal patología puede ser, además de la causa de una inclusión dentaria, el efecto de esta (14). El quiste dentígero es el segundo quiste odontógeno más común y es caracterizado por su relación con la corona de un diente no erupcionado, suele haber mayor predominio por el sexo femenino y una mayor incidencia a partir de los 20 años; sin embargo, Sun (24), Lustmann y Bodner (25) y Shetty et al. (26) reportan casos de quiste dentígero asociado a dientes supernumerarios en niños y adolescentes. En el caso presentado, existió la presencia del canino maxilar incluido asociado a quiste dentígero en un paciente varón de once años de edad.

Se origina por acumulación de fluido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona del diente. Dinkar et al. (27) y Grover et al. (28) sugieren que la presión ejercida por el diente en erupción incluido en un folículo obstruye la salida venosa y así induce la salida del suero a través



Fig. 6. (A) Fotografía intraoral frontal de control. (B) Fotografía del maxilar superior de control.

de las paredes de los capilares. La presión hidrostática de este fluido separa el folículo de la corona, con o sin el epitelio reducido del esmalte. El tratamiento es la enucleación quirúrgica (19).

Por la importancia estratégica del canino en la arcada superior está siempre indicado valorar todas las posibilidades de su recuperación; sin embargo, en algunos casos se puede decidir la extracción después de haber evaluado las posibilidades técnicas de las intervenciones y la relación costo/beneficio. Se indica la extracción del canino cuando se piensa en la inserción de un implante osteointegrado o el cierre ortodóntico de espacios, cuando existe una severa ausencia de espacio en la arcada que necesitaría la extracción de un elemento dentario permanente, cuando se evidencia una reabsorción radicular de los elementos dentarios contiguos, cuando no se aceptan soluciones alternativas (14), cuando presenta anquilosis o dilaceración radicular, y cuando tiene cambios patológicos (29). En el caso que reportamos, luego de la interconsulta con el servicio de ortodoncia y ante la imposibilidad de realizar algún procedimiento quirúrgico ortodóntico, se optó por la exodoncia del canino maxilar junto a la enucleación del quiste dentígero, debido a la posición en la que se encontraba el canino, a su relación con los dientes supernumerarios y con la pieza 11 incluida.

La inclusión del incisivo central superior está asociada a traumatismos durante la dentición decidua y a la posición ectópica del mismo. Chawla y Kapur (30) incluyen entre las posibilidades de tratamiento; la remoción quirúrgica, reposición quirúrgica y corrección ortodóntica. En nuestro caso presentamos la pieza 11 incluida, en posición transversal, con inclinación cefálica y dilaceración apical a nivel de tercio medio. Luego de la interconsulta con el servicio de ortodoncia se decidió a realizar la exodoncia.

Conclusiones

1. La evaluación integral de nuestros pacientes pediátricos debe incluir la solicitud de una radiografía panorámica ya que la mayoría de las patologías se presentan como hallazgos radiográficos.
2. La evaluación radiológica es una herramienta fundamental para el tratamiento de estos casos; sin embargo, el examen clínico y los hallazgos clínicos en el acto quirúrgico predominan sobre cualquier técnica radiográfica.
3. En algunos casos los informes radiográficos de localización para el abordaje quirúrgico no son concluyentes y es por esto la necesidad de obtener estudios radiográficos con técnicas más sofisticadas de localización para tener una mayor certeza durante el abordaje quirúrgico.

4. En la decisión del tratamiento se debe evaluar el costo/beneficio de nuestro procedimiento, siendo un factor importante la colaboración del paciente.

5. El tratamiento multidisciplinario es de vital importancia en este tipo de pacientes, en este caso estuvieron involucradas las especialidades de odontopediatría, radiología, ortodoncia y cirugía.

Referencias bibliográficas

1. Liu JF. Characteristics of premaxillary supernumerary teeth: a survey of 112 cases. ASDC J Dent Child. 1995; 62(4):262-5.
2. Ponce-Bravo S, Ledesma-Montes C, Pérez-Pérez G, Sánchez-Acuña G, Morales-Sánchez I, Garcés-Ortíz M, Meléndez-Ocampo A. Dientes supernumerarios en una población infantil del Distrito Federal. Estudio clínico-radiográfico. Rev ADM. 2004; 61(4):142-5.
3. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth--an overview of classification, diagnosis and management. J Can Dent Assoc. 1999; 65(11):612-6.
4. Nazif MM, Ruffalo RC, Zullo T. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. J Am Dent Assoc. 1983; 106(2):201-4.
5. Rao PV, Chidzonga MM. Supernumerary teeth: literature review. Cent Afr J Med. 2001; 47(1):22-6.
6. Rajab LD, Hamdan MA. Supernumerary teeth: review of the literature and a survey of 152 cases. Int J Paediatr Dent. 2002; 12(4):244-54.
7. Proff P, Fanghanel J, Allegrini S Jr, Bayerlein T, Gedrange T. Problems of supernumerary

- teeth, hyperdontia or dentes supernumerarii. *Ann Anat.* 2006; 188(2):163-9.
8. Primosch RE. Anterior supernumerary teeth--assessment and surgical intervention in children. *Pediatr Dent.* 1981; 3(2):204-15.
9. Tay F, Pang A, Yuen S. Unerupted maxillary anterior supernumerary teeth: report of 204 cases. *ASDC J Dent Child.* 1984; 51(4):289-94.
10. De Oliveira Gomes C, Drummond SN, Jham BC, Abdo EN, Mesquita RA. A survey of 460 supernumerary teeth in Brazilian children and adolescents. *Int J Paediatr Dent.* 2008; 18(2):98-106.
11. Gay C, Mateos M, España A, Gargallo J. Otras inclusiones dentarias. En: Gay C, Berini L, editores. *Tratado de cirugía bucal.* 2da Ed. Barcelona, España: Editorial Signo; 1994: 497-534.
12. Mateos CI, Hernández FF. Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. *Rev Odont Mex.* 2005; 9(2):84-91.
13. Chu FC, Li TK, Lui VK, Newsome PR, Chow RL, Cheung LK. Prevalence of impacted teeth and associated pathologies--a radiographic study of the Hong Kong Chinese population. *Hong Kong Med J.* 2003; 9(3):158-63.
14. Chiapasco M, Casentini P, Garallini G, Meazzini MC. Dientes incluídos. En: Santoro F, Vogel G, editores. *Cirugía Oral,* Texto y atlas en color. 1ra Ed. Barcelona, España: Editorial Masson; 2004:119-72.
15. Saglam AA, Tüzüm MS. Clinical and radiologic investigation of the incidence, complications, and suitable removal times for fully impacted teeth in the Turkish population. *Quintessence Int.* 2003; 34(1):53-9.
16. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Quistes de las regiones orales. En: *Patología Oral y Maxilo Facial Contemporánea.* 2da. Ed. España: Editorial Mosby; 2005:38-60.
17. Monserat E, Gudiño J, Seijas A, Ghanem Ayoubi A, Cedeño Martínez JA, Martínez J, Castillo T, Acosta S. Quiste dentígero: presentación de un caso. *Acta Odontol Venez* 2002;40(2):165-8.
18. Shun Y. Dentigerous cyst associated with an impacted anterior maxillary supernumerary tooth. *J Dent Child (Chic).* 2008; 75(1):104-7.
19. Vázquez Diego J, Gandini Pablo C, Carvajal Eduardo E. Quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol.* 2008; 24(6):359-64.
20. Prado J, Perea M. Múltiples dientes supernumerarios y odontoma en dentición permanente: Reporte de caso. *Odontol Pediatr.* 2008; 7(1):29-33.
21. Canaval C, Perea M, Kanashiro C, Mayo A. Dientes supernumerarios en odontopediatría. *Rev Estomatol Herediana* 2003; 13(1-2):27-9.
22. Cameron A. Anomalías dentales. En: Cameron A, Widmer R, editores. *Manual de Odontología Pediátrica.* 1ra. Ed. Madrid, España: Editorial Hartcourt Brace; 1998:179-220.
23. Alcalde RE, Sverzut C. Surgical Management of impacted canines. *J Pediatr Dent Care.* 2007; 13(2):7-10.
24. Shun Y. Dentigerous cyst associated with an impacted anterior maxillary supernumerary tooth. *J Dent Child (Chic).* 2008; 75(1):104-7.
25. Lustmann J, Bodner L. Dentigerous cysts associated with supernumerary teeth. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1988; 17(2):100-2.
26. Shetty R, Sandler PJ. Keeping your eye on the ball. *Dent Update.* 2004; 31(7):398-402.
27. Dinkar AD, Dawasaz AA, Shenoy S. Dentigerous cyst associated with multiple mesiodens: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2007; 25(1):56-9.
28. Grover SB, Singh P, Venkatachalam VP, Hekha N. Mesiodens presenting as a dentigerous cyst: Case report. *Indian J Radiol Imaging.* 2005; 15(1):69-72.
29. Cooke J, Wang HL. Canine impactions: incidence and management. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2006; 26(5):483-91.
30. Chawla HS, Kapur A. Orthodontic management of faciolingual horizontally impacted maxillary central incisor. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2009; 27(1):65-9.