

SUPERNUMERARIOS MULTIPLES NO SINDROMICOS: DESCRIPCION DE UN CASO

J.M. Trull Gimbernat*
E. Banchilleria Balaguer**
J. Vall-Llosera Riera**
C. Gay Escoda***

Trull Gimbernat, J.M.; Banchilleria Balaguer, E.; Vall-Llosera Riera, J.; Gay Escoda, C.: Supernumerarios múltiples no sindrómicos: descripción de un caso. *Avances en Odontostomatología*. 1994, 10: 89-93.

RESUMEN

Se describe un paciente que presentaba seis dientes supernumerarios asintomáticos, cuatro de ellos mesiodens, y se comenta el tratamiento aplicado y el resultado después de un seguimiento de 6 años. Se revisan los métodos diagnósticos, las posibilidades terapéuticas y la secuencia de las mismas así como las complicaciones de los dientes supernumerarios múltiples.

Palabras Clave: Dientes supernumerarios múltiples; Hiperodoncia; Mesiodens.

SUMMARY

We report a patient with six-four of them, mesiodens-asymptomatic supernumerary teeth and discuss the treatment and the results after a 6-year follow-up period. We review the diagnostic procedures, therapeutic methods and timing as well as complications of multiple supernumerary teeth.

Key Words: Multiple supernumerary teeth; Hyperodontia; Mesiodens.

Aceptado para publicación: Mayo 93.

* Profesor asociado, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona, Consultor en Cirugía Maxilofacial, Hospital Josep Trueta, Girona.

** Ejercicio libre en Ortodoncia, Girona.

*** Profesor Titular de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial, Director del Máster de Cirugía Bucal, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona.

INTRODUCCION

La hiperodoncia, o existencia de dientes supernumerarios constituye la presencia de un número de dientes superior al de la fórmula dental normal.

La localización más frecuente (90 a 98% de casos) es la premaxila¹ y los dientes supernumerarios situados en la línea media interincisiva superior reciben el nombre de mesiodens. Pueden aparecer en las denticiones decidua y permanente pero son mucho más frecuentes en la última.

La etiología es desconocida y se han postulado varias teorías: atavismo, dicotomía de gérmenes, hiperactividad de la lámina dental y factores genéticos que se heredarían con carácter autosómico dominante de baja penetración²⁻⁴.

Su prevalencia en la población caucasiana oscila entre 1 y 3%^{3,5,6}. En un estudio de 1500 niños de 8 a 12 años, McKibben⁷ publicó una prevalencia del 1,58%. En la población mongoloide, la prevalencia es superior al 3%⁸. Los dientes supernumerarios son mucho más frecuentes en pacientes afectados de fisuras, con una prevalencia del

28%³, en individuos afectados de disostosis cleidocraneal, síndrome de Fabry-Anderson y síndrome de Gardner⁹. La distribución por sexo presenta un predominio masculino de 2:1, más acentuado en el Japón, donde se ha descrito una proporción de 5:1¹⁰.

La forma y el tamaño de estos dientes puede ser normal (dientes suplementarios) o atípica (heteromórfica) (dientes supernumerarios); entre los supernumerarios, predominan las formas conoide, tuberculada y molariforme⁴.

Ocasionan trastornos locales, generalmente, retraso en la erupción de los incisivos permanentes por el apiñamiento de los múltiples gérmenes en el interior del hueso antes de la erupción^{11,12}. Pueden provocar la aparición de quistes foliculares; el 5% de los quistes foliculares está relacionado con dientes supernumerarios¹³⁻¹⁵.

En los intentos de erupción de los dientes supernumerarios, pueden ocasionar la reabsorción radicular de los dientes vecinos. En los casos en que se hallen en situación invertida, los dientes supernumerarios pueden erupcionar en las fosas nasales, con lo que aparece un engrosamiento del hueso alveolar que puede ocasionar obstrucción respiratoria y dificultar la exodoncia¹⁶.

Contrariamente a la opinión general, los supernumerarios raramente ocasionan diastema interincisal aislado¹⁷. No se han descrito caninos supernumerarios⁵.

En muchos casos, los dientes supernumerarios permanecen asintomáticos y se diagnostican durante un examen radiográfico rutinario¹⁸.

Kochl ha señalado la tendencia a la reabsorción y desaparición de los dientes supernumerarios en un estudio con un seguimiento superior a 7 años: ocho de 20 supernumerarios asintomáticos no tratados habían desaparecido por reabsorción.

Se describe a un paciente que presentaba seis dientes supernumerarios, cuatro de ellos mesiodens, asintomáticos, con un seguimiento de seis años.

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años que presentaba un trastorno de la erupción y una malposición dental de localización premaxilar que motivó la consulta al ortodoncista. A la exploración, se apreciaba maloclusión de clase I de Angle con ocho dientes erup-

cionados entre los primeros premolares superiores, en los que se identificaban dos dientes con una malformación evidente en la línea media (figura 1).

En la radiografía oclusal, destacaba la presencia de tres mediodens tuberculados (figura 2).

Bajo anestesia local, se efectuó la exodoncia quirúrgica de los tres supernumerarios identificados por la radiografía (Figura 3 y 4).

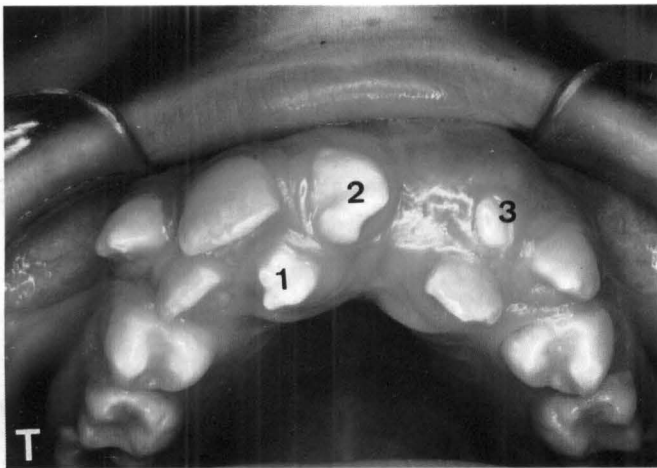


Figura 1. Aspecto preoperatorio de la premaxila.

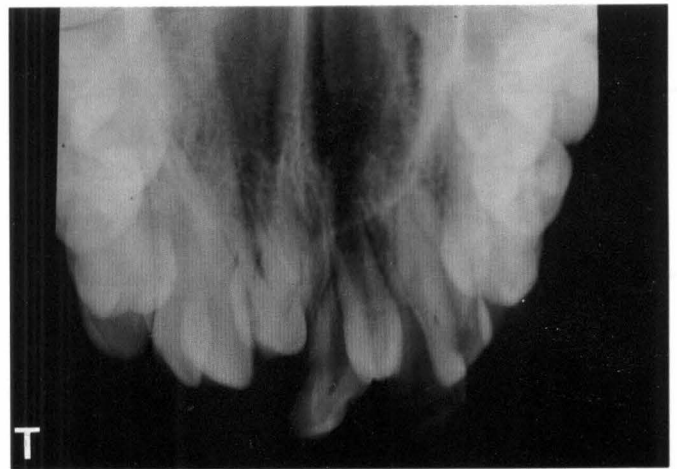


Figura 2. Radiografía oclusal preoperatoria.

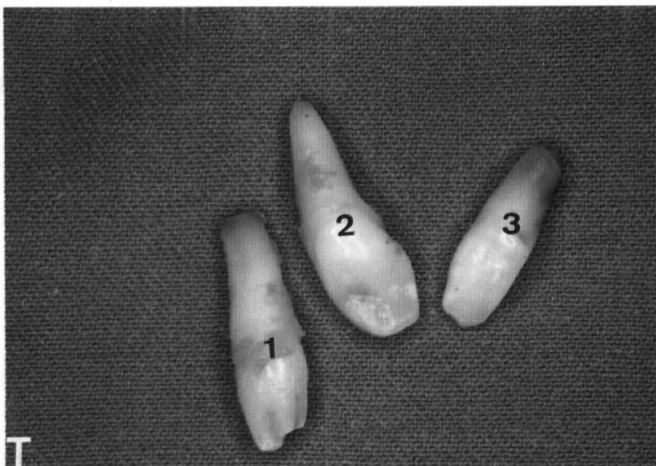


Figura 3. Los tres primeros dientes supernumerarios extraídos.

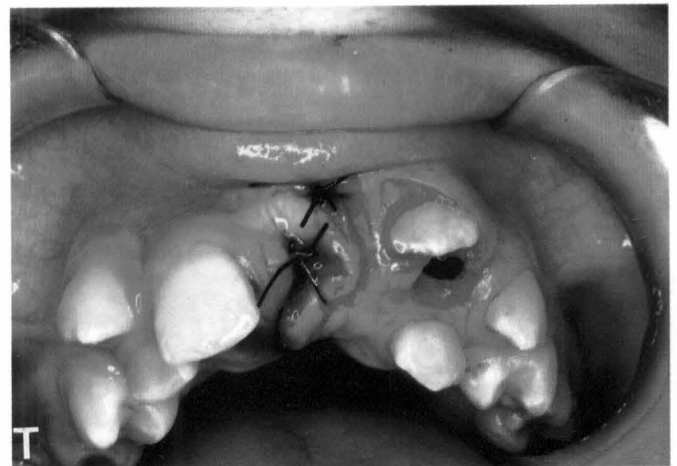


Figura 4. Aspecto postoperatorio inmediato.



Figura 5. Aparición del cuarto mesiodens.

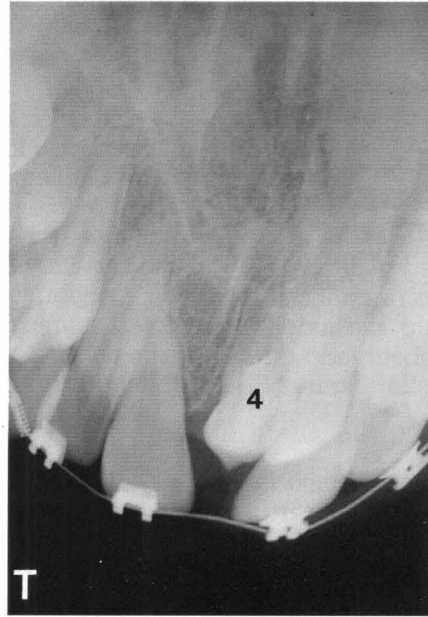


Figura 6. Radiografía oclusal del cuarto mesiodens.

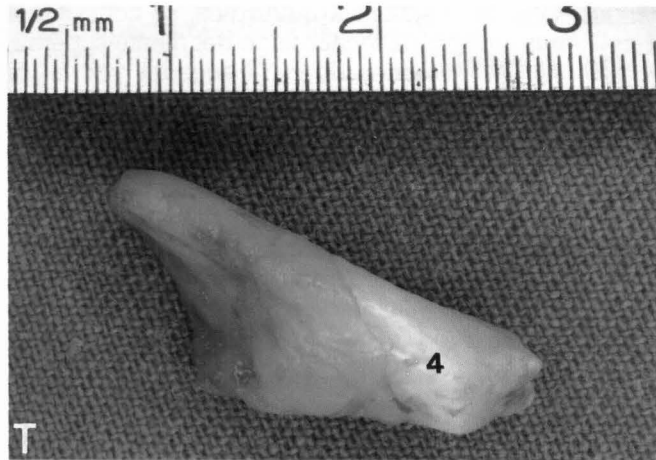


Figura 7. El cuarto mesiodens extraído.

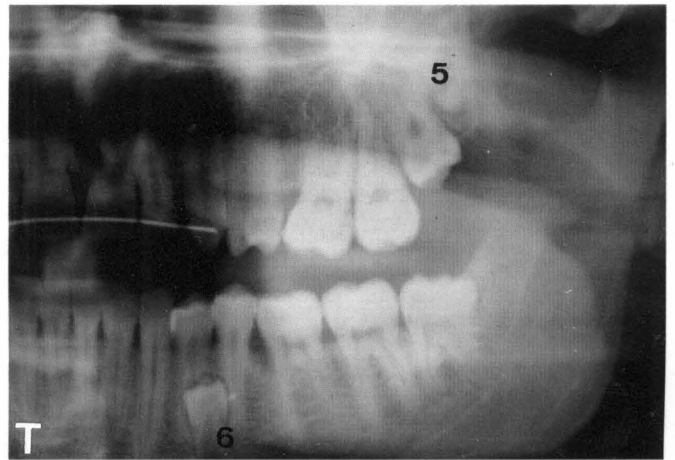


Figura 8. Control a los seis años: aparición de 2 supernumerarios, un premolar inferior y un cordal superior.

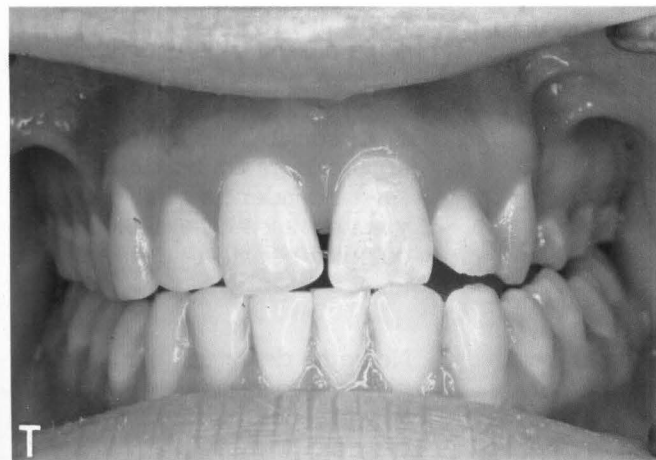


Figura 9. Aspecto del paciente con la dentadura en oclusión a los 6 años del inicio del tratamiento.

El tratamiento ortodóncico se inició mediante una elevación de la oclusión para conseguir el descruzamiento de los dientes anteriores, seguida de una ortodoncia fija mediante brackets y arco trenzado para nivelar la arcada superior.

Transcurridos 8 meses desde el inicio del tratamiento ortodóncico, se detectó un nuevo mesiodens que no había sido observado durante el primer estudio (Figuras 5 y 6).

Bajo anestesia local, se efectuó la exodoncia quirúrgica del cuarto diente supernumerario (Figura 7) y del 25 que presentaba malformación de la corona clínica. Se continuó el tratamiento de ortodoncia fija y se finalizó con una retención palatina.

Después de 6 años del inicio del tratamiento, se practicó un nuevo estudio radiográfico para valorar los terceros molares. Se descubrió un premolar inferior y un cuarto molar superior izquierdos supernumerarios asintomáticos (Figura 8). Se efectuó la retención pertinente y, a los 18 años de edad, el paciente fue dado de alta y pasó a seguimiento periódico (Figura 9).

DISCUSIÓN

La presencia de tres o más dientes supernumerarios no sindrómicos es inferior al 1% de casos publicados, 12,14 motivo por el cual consideramos interesante la presentación de un nuevo caso en el que se han desarrollado cuatro mesiodens de forma tuberculada junto con un premolar y un cordal, es decir, seis dientes supernumerarios.

Debe destacarse la dificultad en la diferenciación entre los dientes normales y los supernumerarios en el campo quirúrgico de la premaxila en un caso con un número tan elevado de supernumerarios. Se optó por no extraer ningún

diente has identificar claramente los que debían permanecer.

La detección de un cuarto supernumerario a los 8 meses del inicio del tratamiento, que no había sido observado anteriormente, podría haberse evitado efectuando una radiografía oclusal peroperatoria o postoperatoria inmediata, pero consideramos que, por su posición palatina, no alteró el curso del tratamiento.

Según Kessler¹⁴, sólo erupciona el 25% de los mesiodens y el 75% restante permanece incluido. En el caso presentado, dos de los cuatro mesiodens habían erupcionado al iniciar el tratamiento y el cuarto mesiodens se diagnosticó cuando apareció en la boca.

En un estudio de 130 casos, Gregg¹⁹ observó que el 56% de los dientes supernumerarios provocaba un retraso de la erupción de los incisivos; los situados en línea media producían rotaciones de incisivos y los invertidos, generalmente, eran asintomáticos.

En el caso presentado, también se observó un retraso de la erupción en el lado izquierdo de la premaxila que fue la localización de los dos supernumerarios detectados posteriormente.

Respecto al tratamiento, Primosch²⁸ ha aconsejado la exodoncia quirúrgica de todos los dientes supernumerarios diagnosticados; Kochl, en cambio, ha aconsejado extraer sólo los supernumerarios sintomáticos y, si es posible, después de los 10 años para no ocasionar trastornos emocionales en el niño.

Consideramos que deben extraerse tempranamente todos los dientes supernumerarios que producen o pueden producir algún trastorno. Sus desventajas relativas radican en la posibilidad de dañar las raíces de los incisivos permanentes provocando rizólisis

o necrosis pulpar, la mala tolerancia psicológica de los niños a una intervención quirúrgica y el riesgo de practicar una operación quirúrgica que resulte finalmente innecesaria. En la práctica clínica, las complicaciones asociadas a la extracción temprana son infrecuentes o menores²¹.

Algunos autores aconsejan una exodoncia tardía, es decir, en el momento en que se haya finalizado la formación radicular de los incisivos permanentes con lo cual, la exodoncia del mesiodens se efectuaría a los 8-10 años de edad, cuando no hay riesgo de dañar la raíz de los incisivos.

En el momento de plantear la exodoncia quirúrgica, se considerará la localización del diente supernumerario para acceder por la vía más rápida y sencilla y, a la vez, más inocua para los dientes vecino. El mesiodens incluido se localiza preferentemente por palatino; para confirmar dicha posición, se practicará sistemáticamente un estudio radiográfico previamente a la intervención quirúrgica²¹.

Es imposible predecir el momento en que se desarrollará un quiste folicular a partir de un diente incluido, por lo cual, en los casos en que se decida la abstención, se efectuará un seguimiento radiográfico periódico.

En cuanto a las complicaciones de la cirugía, Hogstrom²² ha destacado la ausencia de complicaciones permanentes y solamente ha señalado un caso de pérdida temporal de la sensibilidad, un caso de reabsorción radicular de superficie sin trascendencia clínica posterior y ningún caso de experiencia psicológica negativa para el paciente.

No se ha detectado ninguna complicación derivada de las tres intervenciones quirúrgicas efectuadas en el paciente presentado.

**DIRECCION PARA
CORRESPONDENCIA**

Dr. Cosme Gay Escoda, Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Facultad de Odontología. Campus de Bellvitge. Pabellón Central. Feixa Llarga, s/n. 08907 Hospitalet de Llobregat (BARCELONA)

BIBLIOGRAFIA

1. KOCH H, SCHWARTZ O, KLAUSEN B. Indications for surgical removal of supernumerary teeth in the premaxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15: 273.
2. YUSOF WZ. Nonsyndrome multiple supernumerary teeth. *Can Dent J* 1990; 56: 147.
3. NAZIF MM, RUFFALO RC, ZULLO T. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. *J Am Dent Assoc* 1983; 106: 201.
4. HENRY RJ, POST AC. A labially positioned mesiodens: case report. *Pediatr Dent* 1989; 11: 59.
5. TAY F, PANG A, YUEN S. Unerupted maxillary anterior supernumerary teeth: report of 204 cases. *J Dent Child* 1984; 51: 289.
6. LISA LY. Unusual supernumerary teeth. *Angle Orthod* 1990; 60: 289.
7. MCKIBBEN DR, BREARLEY LJ. Radiographic determination of the prevalence of selected anomalies in children. *J Dent Child* 1971; 38: 390.
8. CASTILLO KALER L. Prevalence of mesiodens in a pediatric Hispanic population. *J Dent Child* 1988; 55: 137.
9. RANALLI DN, BUZZATTO JF, BRAUN TW, MURPHY SM. Long-term interdisciplinary management of multiple mesiodens and delayed eruption: report of case. *J Dent Child* 1988; 55: 376.
10. SAITO T. A genetic study on the degenerative anomalies of deciduous teeth. *Japanese J Hum Gen* 1959; 4: 27.
11. ZILBERMAN Y, MALRON M, SHTEYER A. Assessment of 100 children in Jerusalem with supernumerary teeth in the premaxillary region. *J Dent Child* 1992; 59: 44.
12. DEHDASHTI M, GUGNY P. A propos des polyodonties, proposition d'une approche thérapeutique. *Rev Orthop Dento Faciale* 1990; 24: 465.
13. STAFNE EC. Supernumerary upper central incisors. *Dent Cosmos* 1931; 73: 976.
14. KESSLER HP, KRAUT RA. Dentigerous cyst associated with an impacted mesiodens. *Gen Dent* 1989; 37: 47.
15. LUSTMANN J, BODNER L. Dentigerous cysts associated with supernumerary teeth. *J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17: 100.
16. STERMER BEYER-OLSEN EM, HURLEN B, HUMERFELT D. Changing positions of supernumerary teeth in the premaxilla: a radiographic study. *J Dent Child* 1985; 52: 428.
17. FERGUSON NC, WOTH HM, DILLANBAUGH GH. An investigation of occurrence of diastemata and supernumerary teeth. *J Am Dent Assoc* 1973; 87: 1409.
18. LEW KKK. The prediction of eruption-sequence from panoramic radiographs. *J Dent Child* 1992; 59: 346.
19. GREGG TA, KINIRONS MJ. The effect of the position and orientation of unerupted premaxillary supernumerary teeth on eruption and displacement of permanent incisors. *Int J Paed Dent* 1991; 1: 3.
20. PRIMOSCH RE. Anterior supernumerary teeth-assessment and surgical intervention in children. *Pediatric Dentistry* 1981; 3: 204.
21. GAY ESCODA C. *Temas de Cirugía Bucal, Tomo II, Barcelona, Gráficas Signo, 1993.*
22. HÖGSTRÖM A, ANDERSSON L. Complications related to surgical removal of anterior supernumerary teeth in children. *J Dent Child* 1987; 54: 341.