

INFORME DE CASO

Tratamiento de un diente supernumerario suplementario. Presentación de un caso.

Dra. Noraima Gonzalez Bertot¹, Dra. Karen Alberty Loforte², Lidia Rosa García González³

¹ Especialista de I Grado en Ortodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Asistente. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones". Guantánamo. Cuba.

² Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructor. Residente de Segundo Año de la especialidad de Ortodoncia. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones". Guantánamo. Cuba.

³ Estudiante de Quinto Año de Estomatología. Instructora no graduada de Ortodoncia. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones". Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

La presencia de dientes supernumerarios puede alterar el desarrollo oclusal normal y participar en el establecimiento de una maloclusión. Se presenta un caso clínico de un niño de 8 años de edad que heredó un diente supernumerario suplementario en la región de incisivos superiores que causó anomalías dentales de posición, afectó la estética e incrementaba el riesgo de traumatismo dental. Con la modalidad de exodoncia, aparatología Hawley superior y un arco lingual se lograron los objetivos propuestos para finalmente permitir un buen desarrollo del aparato estomatognático.

Palabras clave: diente supernumerario suplementario, Hawley superior y arco lingual

INTRODUCCIÓN

Los dientes supernumerarios suelen presentarse en las mismas familias y son de relativa frecuencia, son más frecuentes en el maxilar superior, generalmente cerca de la línea media y por palatino de los incisivos superiores, pueden tener forma cónica o estar unidos a los incisivos

centrales. También son frecuentes a nivel de los laterales y con una forma casi normal denominada diente suplementario.

Generalmente se presentan en la región de incisivos superiores, asimismo se puede encontrar a nivel de premolares y de terceros molares. A veces quedan incluidos en el maxilar y son causas de anomalías de posición y dirección de los dientes.¹

En cuanto a su etiopatogenia se consideran ellos una regresión en la evolución filogenética y la herencia es un factor importante. En la dentición permanente el 90 % se encuentra en la parte anterior del maxilar y en la arcada inferior se sitúan principalmente a nivel de premolares. En cuanto a las diferencias sexuales se observan más a menudo en los varones que en las mujeres, variando en una proporción de 2:1 a 10:1.²

Santana Garay considera que los dientes en exceso que conservan la anatomía del grupo a que pertenece se denominan supernumerarios y cuando tienen una forma arbitraria se nombran accesorios, presentándose más a menudo.³

Otras causas relacionadas con la aparición de un aumento del número de dientes de la fórmula dentaria o llamado también como hiperdoncia son: grandes anomalías del desarrollo como por ejemplo la gnatopalatosquisis y por los restos epiteliales de Malasses.⁴

Según su posición e influjo sobre los dientes vecinos, los supernumerarios se extraen en el momento oportuno. Sin embargo se asocian a menudo con esta anomalía trastorno de la erupción, retenciones, desplazamientos y torsiones de los dientes vecinos y plantean problemas de planeamiento y tratamiento ortodóncicos. La existencia de un mesiodents o de un doble germen de un incisivo lateral no es con seguridad un justificante para optar por la invalidez.⁵

Los dientes supernumerarios se presentan en algunos de los pacientes ortodóncicos ocasionando anomalías de posición en los dientes adyacentes y el tratamiento está generalmente encaminado a corregirlas según las características individuales de cada uno. Con la presentación de este caso se muestra una de las formas elegidas para la solución de las malposiciones dentales causadas por un diente supernumerario suplementario en la región de incisivos superiores. Estas anomalías dentales en muchos casos pueden ser muy bien diagnosticadas y tratadas por los estomatólogos generales e integrales desde la Atención Primaria de Salud.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente Y.S. de 8 años de edad, mestizo con buen estado general, psiquismo normal quien acude a consulta estomatológica con el padre luego de ser evaluado por el estomatólogo general por presentar un incisivo superior de más rotado y contiguo al incisivo lateral superior izquierdo provocando anomalías de la oclusión y de posición de los demás incisivos superiores, afectando la estética y estando expuesto el incisivo central superior izquierdo a un mayor riesgo de traumatismo dental. Por todo lo anterior se ingresa en la consulta de Ortodoncia para mejor estudio y tratamiento (Figura 1)

Resultados del interrogatorio al padre:

- Madre con dientes grandes.
- Padre con dientes apiñados.
- La abuela materna con cinco incisivos superiores bien alineados.

Se confirma al examen clínico extraoral que:

- El paciente es mesoprosopo y presenta proporción entre los tercios faciales.
- Simetría facial.
- Perfil ligeramente convexo.

Al realizar el examen clínico intraoral se identifica:

- Tejidos blandos en estado natural y normal, dentición mixta en ambos maxilares.
- La bóveda palatina es profunda, arcadas dentarias superior e inferior ovoide
- Todos los incisivos grandes, apiñamiento de los dientes anterosuperiores
- Incisivo central superior izquierdo -21- inclinado hacia vestibular alcanzando un resalte de 6 milímetros.
- Incisivo lateral superior izquierdo -22- rotado mesiovestibular (30 grados) impidiendo la correcta colocación del -21- por estar casi por detrás de este.
- Un supernumerario suplementario rotado distovesibular con anatomía idéntica al 22 y localizado entre el incisivo lateral superior izquierdo y en canino temporal superior izquierdo -63-
- Se observaron manchas hipoplásicas de 3 mm aproximadamente por la cara vestibular de 12, 22 y el supernumerario suplementario.
- En la mandíbula se apreció ausencia clínica de los segundos molares temporales inferiores -75 y 85- con antecedentes de

exodoncias por caries dental de dentina profunda, el incisivo lateral permanente inferior izquierdo -32- rotado mesiolingual 5 grados.

- La relación molar es de clase I (neutroclusión) en ambos lados.

El análisis de los modelos (Figura 2) reveló macrodoncia y una discrepancia hueso-diente negativa en ambos maxilares según el método de Jenkins-Moyers, con las siguientes mediciones:

- Índice incisivo superior: 34.8 mm
- Índice incisivo inferior: 24.5 mm
- Ancho mesio-distal del supernumerario suplementario: 7.4 mm
- Ancho mesio-distal del incisivo lateral superior izquierdo -22- : 8,2 mm
- Bogue: E- E , 29.5 mm
- Mayoral: 6 – 6: 46.7 mm
- Discrepancia hueso diente negativa: - 13, 3 mm en el maxilar superior y - 0. 4 mm en el maxilar inferior.

La radiografía utilizada fue una vista panorámica que no reveló ningún otro diente supernumerario ni alguna anomalía que limitará el tratamiento seleccionado.

Se decidió disminuir la discrepancia hueso diente negativa elevada en el maxilar superior con la modalidad de exodoncia del incisivo lateral superior izquierdo -22- por ser casi igual al supernumerario suplementario y consideramos también que de inmediato se lingualizaría el incisivo central superior izquierdo -21- más expuesto a los traumatismos dentales.

Luego de la exodoncia del -22-, el supernumerario inicialmente se derrotaría y se desplazaría con movimiento dentario mesial normal a favor del cierre de espacio creado.

Se colocó un aparato Hawley superior, para guiar la correcta ubicación de los incisivos superiores una vez conseguido el área para la correcta alineación.

Básicamente consideramos para conformar los objetivos del tratamiento ortodóncico realizado los principios descritos por Mayoral como son: mínimo de fuerzas, mínimo de tiempo y mínimo de movimiento dentario.

La exodoncia del incisivo lateral superior izquierdo -22- se realizó bajo anestesia local infiltrativa con lidocaína, vasoconstrictor y en presencia del padre. Pasada una semana se realiza la toma de impresión en el

maxilar superior y obtener el modelo de trabajo que permitió la confección del aparato Hawley superior planificado según las instrucciones de su diseñador, con alambre redondo natural de acero inoxidable con calibre de 0.7 mm (028 milésimas de pulgadas). El día de la instalación se sugirió al paciente y al padre las indicaciones creadas sobre el uso y cuidado del mismo (Figura 3).

En el maxilar inferior se decidió colocar un arco lingual semifijo como mantenedor de espacio. El mismo se confeccionó en la consulta embandando primeramente los primeros molares permanentes inferiores y soldándoles un tubo lingual oval a cada una de las bandas donde ambas quedarían conectadas con el arco lingual confeccionado con alambre redondo natural de acero inoxidable 0.036 milésimas de pulgadas (Figura 4)

Las activaciones del aparato Hawley se realizaron mensual, de forma ligera con un alicate La Torre o de Jonh a nivel de las ansas vestibulares, ajustando nuevamente los ganchos Adams y el arco vestibular porque lo que se necesitaba era lograr lingualizar el incisivo central superior izquierdo -21- así como la desrotación y mesialización del supernumerario suplementario cerrándose el espacio dejado por la exodoncia del -22- (Figuras 5 y 6).

Después de realizar cuidadosamente las activaciones del aparato Hawley y observar mensualmente al paciente se pudieron obtener los siguientes resultados:

1. Mejoró la estética como parte importante de este plan.
2. Disminuyó en gran medida la predisposición del incisivo central superior izquierdo -21- de sufrir trauma dental.
3. Se logró un resalte y un sobrepase funcional.
4. Conservada la relación molar de clase I.

El tratamiento de Ortodoncia sucedió en 8 meses aproximadamente y se dio alta en el período de contención quedando pendiente vigilar el brote de los sectores posteriores y laterales.

DISCUSIÓN DEL CASO

Los resultados logrados son realmente alentadores. En este paciente se pudo corregir la vestibuloversión del incisivo central superior izquierdo gracias al espacio dejado por la exodoncia del incisivo lateral superior izquierdo cuya anatomía era similar al diente supernumerario suplementario contiguo. También se consideró la acción del aparato

Hawley superior para alcanzar los movimientos ortodóncicos planificados.

El aparato de Ortodoncia usado en este caso fue diseñado por el doctor C. Hawley en 1919 como dispositivo de contención inicialmente pero luego se le fueron incorporando modificaciones como reeducadores linguales, variaciones acrílicas, arco vestibular continuo, placas con tornillos y diferentes tipos de resortes para interceptar y corregir maloclusiones por lo cual reporta muchos beneficios.⁶

Canut (1988) y Moyers (1992) distinguen un diente suplementario como un diente extra de morfología y tamaño normal. Suponen un aumento del material dentario y cuyo efecto en la oclusión es un incremento del potencial de apiñamiento. Se presentan en dentición permanente como incisivos laterales superiores extras o como incisivos inferiores; y en dentición primaria en incisivos centrales.^{7,8}

Kangowska-Adamczyk y Karmariska así como otros autores refieren que el factor genético es importante en la etiología de los dientes supernumerarios.⁹ Se le atribuye la presencia de un diente supernumerario suplementario en el paciente revelado al componente hereditario por parte de su abuela materna que presenta un incisivo superior de más en la misma región, pero bien ubicado en el arco dentario. Ella es descendiente de aborígenes asentados en Guantánamo y, según estudio realizado por Pardo en poblaciones con estas características, el buen crecimiento de los maxilares no evidenciaba anomalías dentales de posición y estaban prácticamente libres de maloclusiones.

Muchos supernumerarios son asintomáticos y son descubiertos solo durante el examen clínico o el examen radiográfico. El tratamiento consiste en extraer los supernumerarios antes de que aparezcan los problemas, o en limitar sus consecuencias si los dientes ya han resultado desplazados. Los casos más sencillos son aquellos en los que existe un solo diente supernumerario y se localiza superficialmente. Si el diente no está invertido, a menudo erupciona antes que el diente normal y puede extraerse antes de que interfiera con los dientes adyacentes. Por lo general cuanto antes se extraigan los supernumerarios, más probabilidades habrá de que los dientes erupcionen normalmente sin ayuda.¹⁰

En dentición primaria su presencia es muy rara, estando bien formados; siendo la conducta a seguir dejarlos en su lugar, a menos que estén causando una maloclusión.

En la revisión de la literatura, se encuentran numerosos artículos que reportan casos clínicos aislados o atípicos de dientes supernumerarios anteriores tratados con procedimientos quirúrgicos.¹¹⁻¹³ Resulta de gran importancia la interconsulta y la participación de un equipo multidisciplinario para la resolución de estos casos.

CONSIDERACIONES FINALES

Se mostró la corrección de un diente supernumerario suplementario en la región de incisivos superiores permanentes que aunque su presencia no es muy común puede estar relacionado con la aparición de anomalías dentales de posición que afectan la estética y la función del aparato estomatognático por lo cual se debe conocer para decidir como resolver adecuadamente. Se puede tratar desde la Atención Primaria en Estomatología y la aparatología utilizada está al alcance de los estomatólogos generales e integrales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J. Mayoral, G. Mayoral, P. Mayoral. Ortodoncia Principios fundamentales y práctica. Editorial Científico Técnica. C. Habana. 1986. p. 163.
2. Santana Garay JC. Atlas de Patología del complejo bucal. Anomalías dentarias. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985. p. 29-30.
3. Cabaña CL, Masson RB, Valverde RM. Tratamiento de las anomalías de número de la fórmula dentaria en Temas de la asignatura Ortodoncia Estomatología Infantil. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996. p. 45-46
4. Hotz R. Ortodoncia en la práctica diaria sus posibilidades y límites. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984. p.420.
5. Alfaro A, Pérez A, Coelho B. Dientes supernumerarios anteriores no erupcionados. Revisión de 125 casos Cahuana-Cárdenas. RCOE. 2003; 8(3):263-271.
6. Otaño LG. Aparatología removible placas activas en Manual Clínico de Ortodoncia. . La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 140-153
7. Canut JA. Ortodoncia Clínica. Barcelona, España: Salvat Editores; 1998
8. Moyers R. Manual de Ortodoncia. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1992.
9. Kangowska-Adamczyk H, Karmariska B. Similar locations of impacted and supernumerary teeth in monozygotic twin: A report of 2 cases. Am J Orthod Dentofac Orthop. 2001; 119:67-70.

10. Proffit W. Ortodoncia. Teoría y Práctica. Madrid, España: Mosby-oyma Libros; 1996.
11. Aliaga Del Castillo R, Perea Paz M, Aliaga Del Castillo A. Frecuencia de intervenciones quirúrgicas de dientes supernumerarios, odontomas y dientes incluidos en Odontopediatría. Rev estomatol Hered. 2010; 20(4):196-202.
12. Harris Ricardo J, Rebolledo Cobos M, Días Caballero A, Carbonel Muños Z. Odontoma serie de casos revisión de literatura. Av Odontoestomatol. Ene.-Feb. 2011; 27(1).
13. Rúa Cardona n, Jairo Tapias J, Castaño Henao JM. Macrodoncias e Hiperdoncias bilaterales en mandíbula: reporte de un caso clínico. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2012; 23(1).

Aprobado: 29 de Febrero de 2012

Recibido: 28 de Junio de 2012

Dra. Noraima Gonzalez Bertot. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones". Guantánamo. Cuba. Email: monipa@infosol.gtm.sld.cu



Figura 1. Paciente antes de iniciar el tratamiento.



Figura 2. Modelo de estudio.

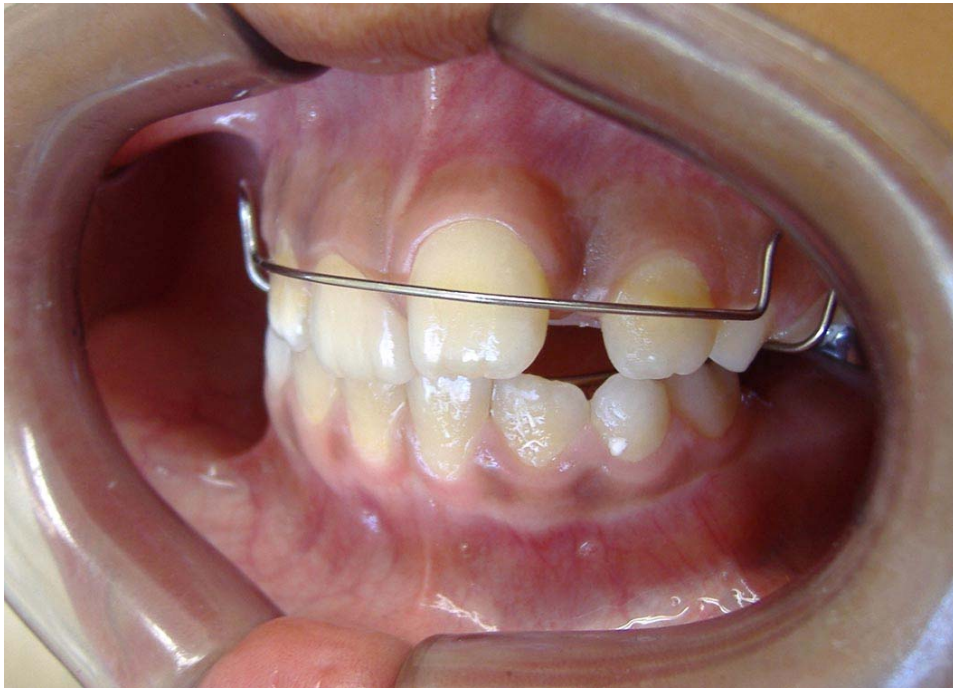


Figura 3. Aparato Hawley superior instalado.



Foto 4. Arco lingual inferior como mantenedor de espacio.



Figura 5.



Figura 6.