
DIENTES SUPERNUMERARIOS: REPORTE DE 170 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

JOSÉ N. RADI LONDOÑO*, GLORIA J. ÁLVAREZ GÓMEZ**

RESUMEN: Los dientes formados en exceso del número normal son denominados supernumerarios; tales dientes pueden también ser definidos como suplementarios si ellos recuerdan cercanamente al diente adyacente. Pueden ser simples o múltiples, unilaterales o bilaterales, malformados morfológicamente o normales en tamaño y forma, y erupcionados o retenidos. Los dientes supernumerarios pueden causar varias complicaciones como: apiñamiento, retardo en la erupción, diastemas, rotaciones, lesiones quísticas, erupción dentro del piso de la cavidad nasal y reabsorción del diente adyacente. La hiperodoncia es detectada tanto por examen radiográfico de rutina o como resultado de signos clínicos bien conocidos; pueden erupcionar normalmente, permanecer retenidos, aparecer invertidos, asumir una posición ectópica, reabsorberse o desaparecer.

La remoción temprana de tales dientes es recomendada si ellos impiden la erupción de los dientes permanentes adyacentes.

Este documento revisa la literatura previa y presenta los hallazgos de una muestra de 170 casos con 242 dientes supernumerarios para establecer lineamientos respecto al tratamiento y enfatiza además en la importancia de un diagnóstico y manejo adecuado dependiendo de diferentes factores.

Palabras clave: dientes supernumerarios, dientes suplementarios, diastema, erupción retardada, apiñamiento.

ABSTRACT: Teeth formed in excess of the normal number are termed supernumerary; they may also be termed supplemental if they closely resemble the adjacent teeth. They can be single or multiple, unilateral or bilateral, malformed morphologically or normal in size and shape, and erupted or impacted. Supernumerary teeth can cause several complications; these include the following: crowding, delayed eruption, diastema, rotations, cystic lesions, eruption into the floor of the nasal cavity and resorption of adjacent teeth.

The hyperdontia is detected either by routine radiographic examination or as a result of well known clinical signs; may erupt normally, stay impacted, appear inverted, assume an ectopic position or resorb and disappear. Early removal of such teeth is recommended if they impede the eruption of adjacent permanent teeth.

This paper review previous literature and report the outcomes of a survey of 170 cases with 242 impacted supernumerary teeth to establish guidelines concerning treatment and emphasize the importance of early diagnosis and management.

Key words: Supernumerary teeth, supplemental teeth, diastema, delayed eruption, crowding.

INTRODUCCIÓN

En los maxilares se encuentran diversas anomalías en el tamaño, forma, número y estructura durante el proceso de erupción dental que deben ser bien conocidas por el odontólogo general y los diferentes especialistas de nuestra profesión. Estas anomalías suelen ocurrir debido a que el proceso fisiológico continuo del desarrollo dental, está influenciado por una compleja interacción de variables genéticas y medioambientales que afectan diferentes etapas morfológicas para lograr la forma y estructura final.

Según Ten Cate,¹ las etapas que intervienen en la formación del diente son: iniciación, proliferación, histodiferenciación, morfodiferenciación, aposición y calcificación. La iniciación, representa el comienzo de la formación de la lámina y de la yema dental; la interferencia durante esta etapa puede repercutir en la no formación de uno o varios dientes (anodoncia, oligodoncia o hipodoncia) o en la producción de dientes supernumerarios (SN) (hiperodoncia).²

* Odontólogo, Cirujano Oral y Maxilofacial, Universidad de Chile, Profesor Titular Pre y Posgrado Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: radi@epm.net.co.

** Odontóloga, Especialista en Estomatología y Cirugía Oral, Profesora Asistente Pre y Posgrado Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: gloria@alvarez.nu.

RADI LONDOÑO JOSÉ N., GLORIA J. ÁLVAREZ GÓMEZ. Dientes supernumerarios: Reporte de 170 casos y revisión de la literatura. Rev Fac Odont Univ Ant, 2002; 3(2): 57-67

RECIBIDO: 30 DE JULIO DE 2002 - ACEPTADO: 15 DE OCTUBRE DE 2002

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; pudiéndose acompañar también por ausencia congénita de otros dientes.^{3, 4, 5, 6}

La prevalencia de dientes SN en la dentición permanente de la población caucásica es de 1 a 3%^{7, 8, 9, 4} comparada con la dentición primaria en donde se presenta en sólo 0,3 a 0,6%^{6, 10} En japoneses y chinos es de 2,7% a 3,4% respectivamente,^{11, 12} en los finlandeses es de 0,4%¹³ y en la población hispana es de 2,2%.¹⁴ Estos reportes parecen sugerir una variación racial en la prevalencia de los SN con una mayor frecuencia en la población asiática.⁴

Entre el 76 y el 86% de todos los casos de dientes SN son dientes únicos, dos dientes se presentan en 12 a 23% y tres o más en menos del 1% de los casos.⁸ Pueden también ser bilaterales, morfológicamente malformados o normales en su forma o tamaño y pueden hacer erupción o permanecer retenidos.^{3, 15}

La ocurrencia de dientes SN en la dentición primaria de un paciente, le indica al clínico que este mismo paciente tiene el 30% de probabilidad de presentar dientes SN en su dentición permanente.¹⁶

Muchos estudios sugieren una predilección por el sexo masculino en una proporción de 2:1 en la dentición permanente, sin diferencia significativa en la dentición decidua;^{17, 18, 19} sin embargo, estudios en pacientes con dientes supernumerarios en niños asiáticos, han encontrado un predominio por el sexo masculino de 5,5:1 para japoneses^{20, 9} y de 6,5:1 en los chinos.¹²

Existe mayor predominio de dientes SN en el maxilar superior comparado con la mandíbula, en una proporción de 6:1 en algunos estudios⁸ y de 11:1 en otros.^{5, 21, 22}

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 encontró distribuido en otras regiones de los maxilares^{7, 20, 23} con una rara ocurrencia en la zona canina.^{12, 19}

La patogénesis de los dientes supernumerarios aún permanece desconocida. No obstante, se han sugerido varias teorías que pretenden explicar dicho fenómeno. La reversión filogenética (atavismo)^{24, 25} 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 distomolares (cuarto molar).

También se ha sugerido que los SN se forman como resultado de la división de la yema dental, teoría conocida como dicotomía.²⁶ Al mismo tiempo, una tercera teoría propone que ellos se forman como resultado de la hiperactividad de la lámina dental o de sus remanentes.²⁷ Por último se menciona como causa de los SN, una combinación de factores ambientales y genéticos (explicación de etiología unificada)²⁸ en donde estos hacen parte de síndromes genéticos tales como: displasia cleidocraneal, síndrome de Gardner, orofaciocdigital tipos 1 y 3 y Hallerman-Streiff entre otros.²⁹ También es sabido que el 28% de los pacientes con labio y paladar fisurado tienen como mínimo un diente SN; al parecer como resultado de la fragmentación de la lámina dental durante la formación de la hendidura.³⁰

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

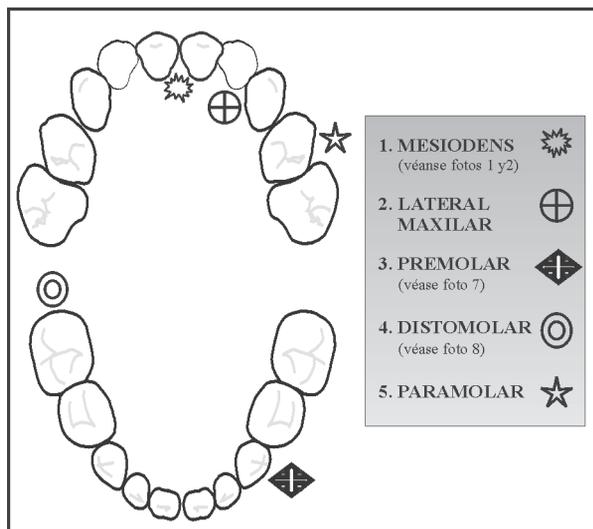
Los dientes SN han sido clasificados de varias formas, una de ellas es de acuerdo con el momento de aparición en el arco dental⁴ así:

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.

Según su posición^{31, 22} en orden de frecuencia se clasifican en: (véase gráfico 1)

GRÁFICO 1

Clasificación de los dientes supernumerarios de acuerdo a su posición en el arco dental.



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 en la dentición primaria, en la región del incisivo lateral y en la premolar mandibular. La forma rudimentaria incluye los tipos.^{3, 19}

- a. Cónico que representa la mayoría de los casos. (véanse fotos 3 y 4)
- b. Tuberculado. (véanse fotos 5 y 6)
- c. Molariforme.
- d. Odontomas.

De acuerdo con su relación con el medio ambiente¹⁹ se clasifican 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.³² De lo anterior, se puede concluir que la mayoría de los dientes SN permanentes sólo se pueden diagnosticar mediante el examen radiográfico.

Únicamente entre el 7 y el 20% de los dientes SN pueden permanecer en el arco dental sin 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, 33} 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 involucrada.
4. Diastema medial anormal o cierre prematuro de espacio.
5. Dilaceración o desarrollo radicular anormal.
6. Formación quística.
7. Erupción ectópica al piso nasal.
8. Reabsorción radicular.
9. Caries en dientes adyacentes.
10. Enfermedad periodontal y
11. Desviación de la línea media dental.

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 del caso; en ese sentido 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, ni su relación con la formación radicular del diente adyacente.^{34, 35}

La alternativa conservadora recomienda un análisis de la posición y relación del diente SN con la formación radicular del diente permanente vecino; si éste está próximo a la raíz y no se ha culminado su formación, es aconsejable esperar hasta que la formación radicular se haya completado o esté próxima a terminar, lo que se logra normalmente a la edad de 8 a 10 años.

Se ha mencionado como desventaja de la intervención inmediata, el probable daño del diente adyacente y la inhabilidad del niño para tolerar psicológicamente el procedimiento quirúrgico. No obstante, tiene como ventaja, que se dispone de todo el potencial eruptivo espontáneo del diente

permanente y se puede prevenir en parte la alteración del proceso normal del desarrollo de la oclusión, como la posibilidad de un tratamiento ortodóncico-quirúrgico extenso.

Así mismo, la desventaja de la intervención tardía conlleva esperar un tiempo en el cual se puede perder la fuerza eruptiva del permanente, perder espacio en la región anterior y desviación de la línea media dental.³

Las evidencias clínicas sugieren que entre el 72 y el 78% de los dientes permanentes retenidos erupcionan espontáneamente luego de la remoción del diente SN siempre y cuando sean dientes inmaduros en su formación. El 63% de los dientes maduros donde solo se remueve el supernumerario y el deciduo, requieren después otra cirugía. La erupción total es probable que ocurra dentro de 1,5 a 3 años después dependiendo de factores como disponibilidad de espacio, el grado de desplazamiento, el momento del diagnóstico y del tratamiento y el tipo de diente SN encontrado;³⁶ otros, refieren un promedio de 11 meses para la erupción.¹⁰

El propósito de este artículo es evaluar la frecuencia según diferentes características de dientes SN retenidos, en distintas regiones de los maxilares en una población de 170 pacientes en Medellín, Antioquia, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 170 pacientes en la ciudad de Medellín, Antioquia, Colombia, con un total de 242 SN, referidos para tratamiento quirúrgico a la consulta particular de los autores durante los años 1991-2001. Todos los datos fueron adquiridos de las historias clínicas, las características de los dientes SN fueron obtenidas de radiografías panorámicas, periapicales, oclusales y del examen clínico consignado en la historia; cada diente fue clasificado de acuerdo con la forma, número, localización anatómica, orientación y morbilidad asociada.

Solo se tuvieron en cuenta los dientes SN que se encontraban retenidos, no se incluyeron pacien-

tes con antecedentes de labio y paladar hendido ni síndromes de cabeza y cuello. Tampoco se tuvieron en cuenta los dientes SN en dentición decidua.

Los datos tomados de las historias clínicas, radiografías y del procedimiento quirúrgico fueron transformados a cuestionarios diseñados por un ingeniero de sistemas en un programa de Access.

La información y características obtenidas de los registros clínicos y radiográficos fue la siguiente:

- Distribución por sexo y edad.
- Número de SN presentes.
- Localización: premaxilar (mesodiente, lateral y canino superior), premolar, distomolar y paramolar.
- Morfología: suplementario, cónico, odontoma, tuberculado, molariforme.
- Posición del diente SN: invertido, vertical, horizontal transversal, horizontal sagital.
- Morbilidad asociada.
- Abordaje quirúrgico.

RESULTADOS

De los 170 pacientes, 92 (54%) eran masculinos y 78 (46%) femeninos (gráfico 2), la proporción sexo masculino-femenino fue de 1,17:1, con un rango de edad de 4 a 71 años. Al realizar cuartiles en la edad, observamos que el 25% se encontraron por debajo de los 8 años, la mediana (50%) fue de 12 años y el 75% se encontró por debajo de los 18 años.

El número total de dientes SN fue de 242 entre los 170 pacientes; de acuerdo con su localización, observamos que 112 eran dientes premaxilares, 62 premolares, 37 distomolares, 14 paramolares y 17 se localizaban en otras zonas anatómicas (gráfico 3).

De la muestra total, 119 pacientes (70%) presentaban un diente SN, 36 pacientes (21,1%) tenían 2 dientes SN, en 10 pacientes (6%) se

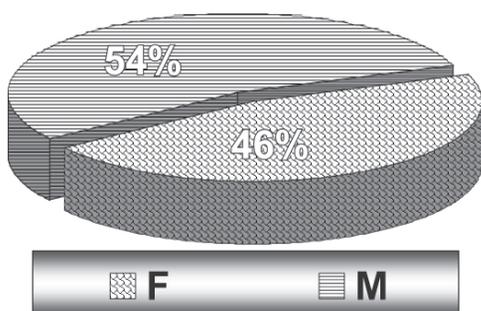


GRÁFICO 2. Distribución por sexo de 170 pacientes con 242 dientes supernumerarios.

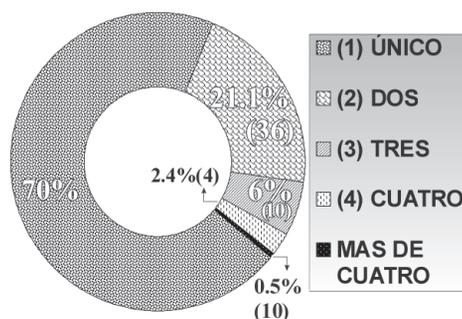


GRÁFICO 4. Cantidad de dientes supernumerarios en 170 pacientes.

observaron 3 dientes SN, en 4 (2,4%) de los pacientes se encontraron 4 dientes SN y en 1 paciente (0,5%) se hallaron más de 4 dientes SN (gráfico 4).

En cuanto a la morfología del diente SN, se clasificaron en cónicos, tuberculados, suplementarios, amorfos y odontomas. De los 242 dientes SN, 120 fueron de forma cónica, en 66 se encontró la forma suplementaria, 26 se clasificaron como tuberculados, 19 eran amorfos y 11 de tipo odontoma (gráfico 5).

La forma más común según el tipo de diente supernumerario puede observarse en la tabla 1.

Cuando la orientación de los 242 dientes SN fue analizada se observó que, 143 se encontraban en posición vertical, 58 en posición invertida, 29 se disponían en posición horizontal transversal y 12 en posición horizontal sagital (gráfico 6).

El efecto de los dientes SN sobre la erupción y oclusión de los dientes permanentes se evaluó

según lo consignado en la historia clínica, radiográfica e intraquirúrgicamente, observando que el síntoma más prominente asociado fue el retardo en la erupción en 67 pacientes (39,4%) de los 170 casos, 50 (29,4%) no estaban asociados a ningún disturbio permitiendo la erupción normal de los dientes permanentes, el diastema medial fue observado en 23 casos (13,5%), mientras que otros síntomas como desplazamiento y rotación fueron observados en 14 casos (8,2%); 5 (3%) pacientes presentaron el diente SN asociado a quiste dentígero, 9 (5,3%) pacientes presentaron otras alteraciones, 1 (0,6%) paciente presentó reabsorción del SN y 1 (0,6%) paciente reabsorción radicular del diente vecino (gráfico 7).

Los 170 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, la mayoría 83 (48,8%), requirieron colgajo palatino/lingual, 71 (41,8%) fueron removidos por el aspecto vestibular y en tan sólo 16 pacientes (9,4%) fue necesario diseñar un abordaje combinado vestibular y palatino/lingual (gráfico 8).

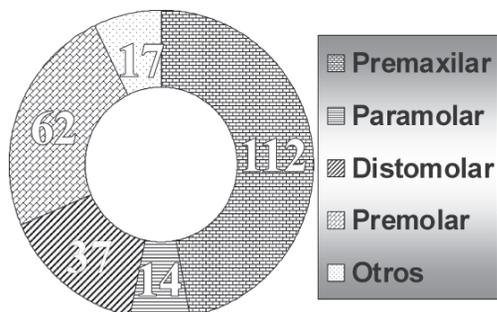


GRÁFICO 3. Localización de 242 dientes supernumerarios en 170 pacientes.

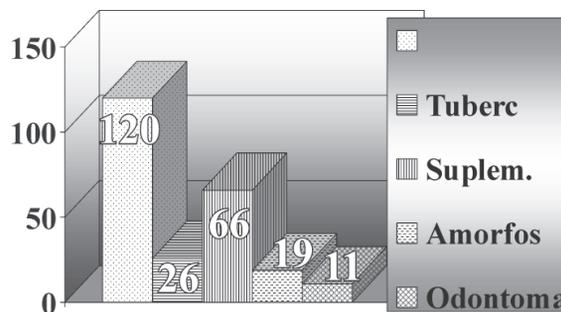


GRÁFICO 5. Clasificación de 242 dientes supernumerarios según su forma en 170 pacientes.

Tabla 1
FRECUENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS SEGÚN FORMA Y UBICACIÓN

	PREMOLAR		PREMAXILAR		PARAMOLAR		DISTOMOLAR		OTROS		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Tuberculado	2	3,2	5	4,5	3	21,4	16	43,2	0	0,0	26
Cónico	0	0,0	95	84,8	10	71,4	14	37,8	1	5,9	120
Odontoma	2	3,2	0	0,0	0	0,0	2	5,4	7	41,2	11
Supplemental	53	85,5	9	8,0	0	0,0	2	5,4	2	11,8	66
Amorfo	5	8,1	3	2,7	1	7,1	3	8,1	7	41,2	19
Total	62	100,0	112	100,0	14	100,0	37	100,0	17	100,0	242

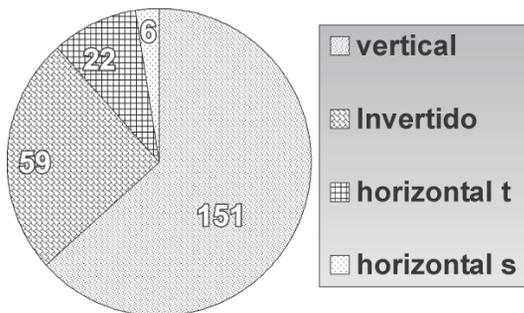


GRÁFICO 6. Posición de 238 dientes supernumerarios en 170 pacientes 1991 - 2001

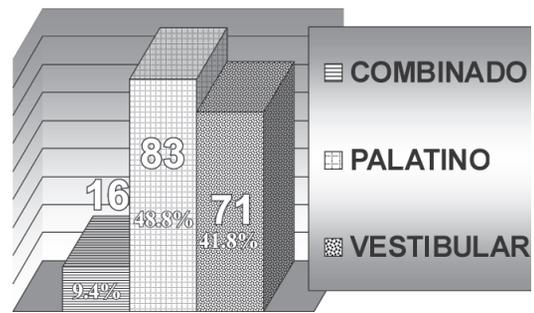


GRÁFICO 8. Tipo de abordaje para 242 dientes supernumerarios en 170 pacientes.



GRÁFICO 7. Morbilidad asociada con 238 dientes supernumerarios en 170 pacientes durante 1991 - 2001

DISCUSIÓN

Los dientes SN han sido considerados una de las más importantes anomalías dentales que afectan la dentición primaria y la dentición mixta temprana. Ellos son la gran preocupación para el odontólogo y familiares del paciente debido a que pueden causar retardo en la erupción y por ende problemas funcionales y estéticos.

El diagnóstico temprano de los SN es fundamental, así, estas complicaciones pueden ser evitadas o minimizadas. Clínicamente la presencia de SN puede ser sospechada por varios signos clínicos como alteraciones o retardo en la erupción de los dientes permanentes. El examen radiográfico es esencial para confirmar el diagnóstico, la posición del SN, el estado de desarrollo radicular de los dientes permanentes adyacentes y la distancia de estos al plano oclusal, además ayuda en la localización final del diente no erupcionado que debe ser complementado con la palpación.

La hiperodoncia en la dentición permanente es más común en el sexo masculino que en el femenino.³² En el presente estudio la proporción de acuerdo con el sexo fue levemente mayor en el masculino respecto al femenino. Este resultado es similar a los encontrados en la población caucásica por el estudio de Luten,³⁷

quien encontró una proporción hombre: mujer de 1,3: 1, pero muy baja si la comparamos con el estudio hecho por Davis¹² en la población de origen chino, donde la proporción de sexo fue de 6,5:1 y la realizada por Saito³⁸ en la población japonesa, donde reportó una proporción alta para el sexo masculino de 5,5:1. Tal vez, la diferencia en la proporción del sexo en pacientes con dientes SN sea debida a diferencias raciales y genéticas.

Encontrar múltiples dientes SN es más común en pacientes con síndromes como el de Gardner y la disostosis cleidocraneal. Yusof³⁹ sugiere que es raro encontrar múltiples dientes SN sin asociación a síndromes, en nuestra población, el 8,9% de los pacientes presentaban tres o más dientes SN. Zilberman,³³ en una muestra que comprendía 100 pacientes israelíes con 130 dientes SN encontró que 74 pacientes tenían 1, en 23 se hallaron 2, 2 tenían 3 y en 1 paciente 4 SN estaban presentes. Koch⁴⁰ en su estudio efectuado en Dinamarca con una muestra de 208 pacientes y 262 dientes SN, encontró que 151 pacientes presentaban 1 diente SN, 52 pacientes 2 dientes SN, 1 paciente 3 dientes SN y otro paciente 4 dientes SN. Tay²⁰ en un estudio llevado a cabo en una muestra Japonesa de 204 pacientes con 274 dientes SN, difiere cuantitativamente de los estudios anteriores, ya que observó 134 casos (65,7%) con 1 diente SN mientras que 70 casos (34,3%) tenían 2 dientes SN.

Los hallazgos de la literatura son coincidentes a los encontrados en nuestra muestra, donde lo más frecuente es encontrar un diente supernumerario y luego 2 o más, aunque la ocurrencia de 3 o más dientes SN es mucho mayor en nuestro estudio.

Aproximadamente 90-98% de todos los SN se localizan en el maxilar superior con particular predilección en la premaxila.^{4, 7} El tipo más común de SN es el mesiodens, que se localiza entre los incisivos centrales del maxilar superior, seguido por los distomolares maxilares, distomolares mandibulares, premolares, caninos e incisivos laterales.⁴¹ No obstante, revisiones de la literatura más recientes,²³ muestran que

después del tipo mesiodens, los más comunes son los adyacentes a los incisivos laterales, seguidos por los premolares mandibulares, distomolares mandibulares y paramolares maxilares. De otro lado Shapira y Kufinec⁴² expresan el orden decreciente de frecuencia así: incisivos centrales superiores, molares (especialmente molares superiores), premolares, seguidos por incisivos y caninos. Los resultados de este estudio confirman que los más frecuentes son los premaxilares, con algunas variaciones en su orden decreciente le siguen los premolares, distomolares, otras regiones (incisivos y caninos inferiores) y paramolares. No podemos saber cuales de los premaxilares son mas frecuentes debido a que bajo este ítem se agruparon los mesodientes, incisivos centrales, laterales y caninos superiores.

En cuanto a la morfología de los dientes SN, Koch⁴⁰ registró en su muestra un predominio del 56% de la forma cónica, 12% los tuberculados, 11% suplementarios (o eumórficos) y 12% otras configuraciones. Zilberman³³ reportó también la forma cónica como la más frecuente en su estudio (61%). Los hallazgos obtenidos en nuestra serie arrojan resultados similares a los anteriores, observando que los cónicos fueron más frecuentes, seguidos por los suplementarios, tuberculados, amorfos y odontomas; siendo importante señalar que los dientes SN cónicos fueron más frecuentes en la región premaxilar y paramolar, mientras que los suplementarios predominaron en la zona premolar los tuberculados en la zona distomolar y en la misma proporción odontomas y amorfos en otras ubicaciones.

De acuerdo con su orientación se ha encontrado que los dientes SN pueden llegar a erupcionar o permanecer retenidos. El estudio de Liu⁴³ mostró que todos los dientes SN erupcionados se disponían en una posición normal (vertical); mientras que aquellos con posición invertida o transversal nunca erupcionaron. Sin embargo, del total de 152 dientes SN retenidos, 11 tenían orientación normal, 70 una posición invertida y 29 con disposición transversa.

Por su parte, los 232 dientes SN no erupcionados estudiados por Tay²⁰ mostraron predominio de

los invertidos (180) sobre los verticales (39) y los transversos (13). En nuestro estudio realizado en 170 pacientes y donde sólo fueron tenidos en cuenta los dientes SN retenidos en sus diferentes localizaciones, encontramos resultados diferentes a los estudios anteriores debido a que la retención vertical fue más frecuente que la invertida y que la horizontal.

El efecto de los dientes SN en la dentición permanente ha sido reportado en diferentes estudios. Para Tay²⁰ el síntoma más prominente fue el diastema medial en el 54,9%, mientras que el retardo en la erupción se presentó en el 26% y no observó ninguna anomalía en el 19,1%. Hallazgos contradictorios fueron observados por Koch,⁴⁰ quien encontró como patología más común la retención de los incisivos permanentes en 35% de los casos, diastema medial en 10% y no retención en 65%. También Zilberman³³ reportó en 162 pacientes, 52 casos de retardo en la erupción, 51 erupción y desarrollo normal, 28 con rotaciones, 13 con dilaceración radicular. En los dos últimos estudios los autores notaron que en algunos pacientes se presentaba más de un hallazgo mórbido. Nuestros resultados son concordantes con los estudios anteriores teniendo en cuenta que el síntoma principal observado fue el retardo en la erupción, seguido por ninguna alteración sobre el desarrollo de la oclusión, el diastema medial y el desplazamiento o rotación de los dientes permanentes. Es de aclarar que solo se tuvo en cuenta la alteración principal motivo de consulta del paciente o del profesional remitente, en los casos en que clínicamente se encontraba más de una.

El momento óptimo para la remoción quirúrgica del diente SN retenido ha sido controversial. Algunos autores recomiendan su remoción inmediata luego de confirmar su presencia clínica y radiográfica; mientras que otros con los que nosotros nos identificamos, prefieren posponer la intervención quirúrgica hasta que el desarrollo radicular de los dientes permanentes esté próximo a completarse. Una situación excepcional de intervención inmediata se puede presentar en aquellos casos donde el diente SN está próximo a la corona del diente permanente e interfiere con su erupción, así como tam-

bién, en los dientes SN premolares inferiores, donde se ha demostrado su formación tardía entre 10 y 14 años en varios casos.^{17, 43, 44} Una vez tomada la decisión sobre la necesidad del procedimiento, el paso siguiente es la selección del abordaje quirúrgico, el cual puede involucrar el aspecto vestibular de los maxilares o su tabla palatina o lingual. Según la experiencia de Zhu,⁴ Mitchell¹⁷ y Liu,⁴³ aunque no mencionan estadísticas, en la mayoría de los casos utilizaron abordajes palatinos en los casos tratados; mientras que en Koch⁴⁰ en la gran mayoría, 73%, utilizó colgajo palatino, 13% fueron removidos por el lado vestibular, y en el 11% fue necesario diseñar tanto colgajo vestibular como palatino. Los estudios anteriores sólo evaluaron dientes SN en la región premaxilar. En nuestro estudio, se llevó a cabo un análisis del abordaje quirúrgico empleado en los 170 pacientes con dientes SN en sus diferentes localizaciones, encontrando que en su mayoría fueron removidos utilizando un abordaje palatino o lingual.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la caracterización hecha en los 242 dientes SN estudiados en estos 170 pacientes, se observó un predominio del sexo masculino respecto al femenino, muy inferior a lo reportado en la literatura mundial. La mayoría de los dientes SN fueron localizados en la región premaxilar, seguidos por los premolares, los que en su gran mayoría se hallaron en la mandíbula con características eumórficas.

El 70% de los pacientes presentó 1 diente SN y principalmente se encontró la forma cónica, seguida de los suplementarios y los tuberculados. La orientación vertical predominó sobre la invertida y el retardo en la erupción del diente permanente fue el signo mórbido más frecuente. El abordaje más utilizado para la remoción de estos dientes SN fue el palatino o lingual.

Debe realizarse siempre en pacientes jóvenes con alguna alteración en la erupción y en la oclusión, un examen clínico y radiográfico completo (mínimo una radiografía panorámica) que nos per-

mita tener una visión global de cualquier causa de estos problemas como son los dientes supernumerarios y así poder instaurar terapias adecuadas en el momento indicado.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos al señor Fernando Sánchez Bohórquez, ingeniero de sistemas, por su asesoría en el manejo de la información y en el diseño de los gráficos que acompañan el artículo.

CORRESPONDENCIA:

Dr. José Radi Londoño
E-mail: radi@epm.net.co
Medellín, Colombia

Dra. Gloria Álvarez Gómez
E-mail: gloria@alvarez.nu
Medellín, Colombia

BIBLIOGRAFÍA

1. Ten Cate A R Histología Oral. 2ª. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Interamericana. 1986.
2. Orban BJ. Oral Histology and Embriology. 4a. ed. St. Louis: Mosby; 1957.
3. Primosch RE. Anterior supernumerary teeth – Assessment and surgical intervention in children. *Pediatr Dent* 1981; 3: 204-215.
4. Zhu J et al. Supernumerary and congenitally absent teeth: A literature review. *J Clin Ped Dent* 1996; 20 (2): 87-95
5. Scheiner MA. Supernumerary teeth: A review of the literature and four cases reports. *Aust Dent J* 1997; 42(3): 160-165.
6. Hattab FN Yassin DM, Rawashdeh MA. Supernumerary teeth: Report. of three cases and review of the literature. *J. Dent Child* 1994; 61:382-393.
7. Parry RR. Iyer Vs. Supernumerary teeth among orthodontic patients in India. *Br Dent J* 1961; 111(7): 257-258.
8. Grahnen H et al. Supernumerary teeth in the permanent dentition. *Odontol Rev* 1961; 12: 290-294.
9. Miyoshi S, Tanaka S, Kunimatsu H et al. An epidemiological study of supernumerary primary teeth in Japanese children: a review of racial differences in the prevalence. *Oral Dis* 2000; 6 (2): 99-102.
10. Mason C, Azam N, Holt RD y Rute DC. A retrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38 (1): 62-65.
11. Niswander JD et al Congenital anomalies of teeth in japanese children. *Am J Phys Anthropol* 1963; 21: 569-574.
12. Davis PJ. Hypodontia and hyperdontia of permanent teeth in Hong kong school children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 218-220.
13. Jarvinen S, Lehtinen L. Supernumerary and congenitally missing primary teeth in Finnish children. *Acta Odontol Scand* 1981; 39: 83-86.
14. Kaler L.C. Prevalence of mesiodens in a pediatric hispanic population. *J Dent Child* 1988; 55: 137-138.
15. Bazan MT. Anomalous dental development with medical and genetic implications. *Pediatr Ann* 1985; 14: 108-116.
16. Taylor GS. Characteristics of supernumerary teeth in the primary and permanent dentitions. *Dent Pract Dent Rec* 1972; 22 (5): 203-208.
17. Mitchell L. Supernumerary teeth. *Dent Update* 1989; 16: 65-69.
18. Saarena L. The Origin of supernumerary teeth. *Acta Odontol Scand* 1951; 9: 293-303.
19. Hogstrum A, Andersson I. Complications related to surgical removal of anterior supernumerary teeth in children. *J Dent Child* 1987; 54: 341-343.
20. Tay F, Pang A, Yuen S. Unerupted maxillary anterior supernumerary teeth: Report of 204 cases. *J Dent Child* 1984; 51 (4): 289-294.
21. Bodin I et al. Hyperdontia: Frequency and distribution of supernumerary teeth among 21.609 patients. *Dentomaxillofac Radiol* 1978; 7: 15-17.
22. Schulze C. Incidence of supernumerary teeth. *Dent Abstract* 1961; 6:237.
23. Nazif MM, Ruffalo R, Zullo T. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. *J Am Dent Assoc* 1983; 106 (4): 201-204.
24. Cochrane SM, Clark JR, Hunt NP. Late developing supernumerary teeth in the mandible. *Br J Orthod* 1997; 24 (4): 293-296.
25. Burzynski NJ et al Classification and genetics of numeric anomalies of dentition. *Birth defects original Articles series* 1983; 19: 95-106.
26. Gardiner JH. Supernumerary teeth. *Dent Pract* 1961; 12 (2): 63-73.
27. Di Biase D. The effects of variations in tooth morphology and position on eruption. *Dent Pract* 1971; 22: 95-108.

-
28. Brook AH. A unifying aetiological explanation for abnormalities of human tooth number and size. *Arch Oral Biol* 1984; 29 (5): 373-378.
29. Melamed Y, Barkai G, Frydman M. Multiple supernumerary teeth (MSNT) and Ehlers-Danlos syndrome (EDS): a case report. *J Oral Pathol Med* 1994; 23 (2): 88-91.
30. Millhon JA et al. Incidence of supernumerary and congenitally missing lateral incisor teeth in 81 cases of hare lip and cleft palate. *Am J Orthod* 37: 559-604, November 1941.
31. Spyropoulos ND, Patsakas AJ, Angelopoulos AP. Simultaneous presence of partial anodontia and supernumerary teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1979; 53 (1): 53-56.
32. Stafne EC. Supernumerary teeth. *Dent Cosmos* 1932; 74: 653-659.
33. Zilberman Y, Malron M, Shteyer A. Assessment of 100 children in Jerusalem with Supernumerary teeth in the premaxillary region. *J Dent Child* 1992; 59 (1): 44-47.
34. Hogstrum A, Andersson I. Complications related to surgical removal of anterior supernumerary teeth in children. *J Dent Child* 1987; 54: 341-343.
35. Munns D. Unerupted incisors: *Br J Orthod* 1981; 8: 39-42.
36. Witzenberg B, Boering G. Eruption of impacted upper incisors after removal of supernumerary teeth. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1981; 10 (6): 423-431.
37. Luten J R. The prevalence of supernumerary teeth in primary and mixed dentition: *J Dent Child* 1967; 34 (5): 346-353.
38. Saito T. A genetic study on the degenerative anomalies of deciduous teeth. *J Hum Genet* 1959; 4: 27-30.
39. Yusof W Z. Non syndromal multiple supernumerary teeth: Literature review. *J Can Dent Assoc* 1990; 56:147-149.
40. Koch H, Schwartz O, Klausen B. Indications for surgical removal of supernumerary teeth in the premaxilla: *Int J Maxillofac Surg* 1986; 15 (3): 273-281.
41. Poyton GH, Morgan GA, Crouch SA. Recurring supernumerary mandibular premolars: *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1960; 13 (8): 964-966.
42. Shapira Y, Kufninec MM. Multiple super-numerary teeth: report of two cases. *Am J Dent* 1989; 2: 28-30.
43. Treasure P, Hill CJ. Supernumerary mandibular premolar: The importance of radiographic interpretation. *J Dent Child* 1986; 53: 375-377.
44. Breckon J J, Jones S P. Late forming supernumeraries in the mandibular premolar region. *Br J Orthod* 1991; 18 (4): 329-331.

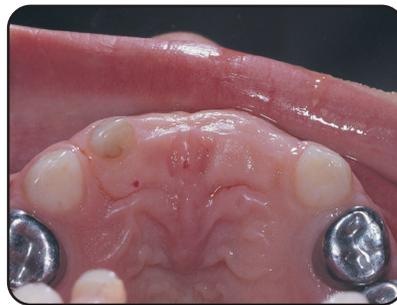
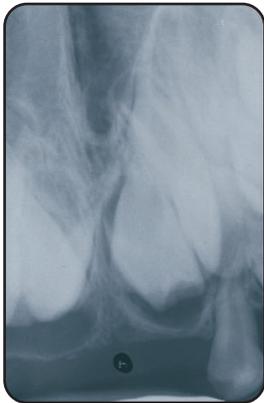


FOTOS 1 Y 2

Radiografía periapical y foto clínica que muestra la presencia de 2 dientes supernumerarios de forma cónica asociada con la rotación del incisivo central y diastema en la línea media.

FOTOS 3 Y 4

Radiografía periapical y foto clínica en donde se aprecia mesodiente supernumerario de forma cónica, vertical, asociado a diastema en la línea media.



FOTOS 5 Y 6

Radiografía periapical y foto clínica que identifica 2 dientes supernumerarios de forma tuberculada asociados a la retención de incisivos centrales.



Foto 7. Radiografía panorámica en la que se observan 4 dientes SN premolares. En la mandíbula se aprecian 3 dientes supernumerarios suplementarios (eumórficos) y en el maxilar otro rudimentario.

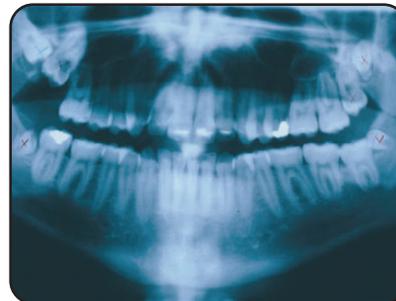


Foto 8. Radiografía panorámica que muestra la presencia de 2 dientes supernumerarios distomolares de forma cónica asociados a la retención parcial de los terceros molares derechos.