

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE**  
**ODONTOLOGÍA**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**  
**EXODONCIA DE MESIODENS EN PACIENTE**  
**PEDIÁTRICO REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**  
**PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA**  
PRESENTADO POR:

**BACH. SANTOS JUANA ABANTO QUIROZ**

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la salud

Líneas de Investigación de la Escuela Profesional: Investigación clínica  
y patológica

**HUANCAYO – PERÚ**

**2020**

## **DEDICATORIA**

Con mucho amor y cariño este trabajo de investigación, dedico en memoria a mis padres, desde cuando inicie mi aventura intelectual.

A mis hijos, por ser testigos de mis esfuerzos por ser mejor.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por darme fe y constancia en mis estudios.

A los maestros de la Escuela Profesional de Odontología  
por haberme transmitido sus enseñanzas y experiencias.

Asimismo, a todas las personas que me apoyaron cuando  
más lo necesitaba.

## CONTENIDO

### CAPÍTULO I

#### PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO.....	2
CONTENIDO.....	3

### CAPÍTULO II

2. RESUMEN.....	6
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
2.2 MARCO TEÓRICO.....	7
2.2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	12
A. Formación y desarrollo de las piezas dentarias.....	12
B. Alteraciones en el desarrollo dentario.....	13
C. Clasificación de anomalías dentarias .....	14
D. Prevalencia.....	21
E. Manifestaciones clínicas.....	23
F. Exámenes auxiliares de diagnóstico.....	24
G. Diagnóstico.....	26
H. Plan de tratamiento.....	26
I. Técnica quirúrgica de una endodoncia simple de un mesiodens Erupcionado .....	28
J. Técnica quirúrgica para la extracción de un mesiodens impactado...	29
K. Exposición quirúrgica de los dientes permanentes y tracción ortodóncica.....	30

2.3 OBJETIVOS .....	31
---------------------	----

### **CAPÍTULO III**

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	32
HISTORIA CLÍNICA.....	32
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	32
3.3 DIAGNÓSTICO .....	35

### **CAPÍTULO IV**

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO .....	36
A. Formulación del plan de tratamiento integral.....	36
B. Plan de control y mantenimiento .....	39
4.2 PRONÓSTICO.....	39

### **CAPÍTULO V**

DISCUSION .....	40
-----------------	----

### **CAPÍTULO VI**

CONCLUSIONES.....	42
-------------------	----

### **CAPÍTULO VII**

RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS .....	45

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación de anomalía dentarias	14
Figura 2. Diferenciación entre dientes supernumerarios y suplementarios.	15
Figura 3. Dientes suplementarios, vista clínica y radiográfica	15
Figura 4. Dientes supernumerario conoide	16
Figura 5. Dientes supernumerarios tuberculados	16
Figura 6. Diente supernumerario infundibular	16
Figura 7. Diente supernumerario molariforme	17
Figura 8. Gráfico de la frecuencia de los tipos de supernumerarios hallados de diferentes autores	17
Figura 9. Gráficos de características de prevalencia de mesiodens. Cahuana et al. 2003	20-21

## **CAPITULO II**

### **RESUMEN**

La dentición humana, como en la mayoría de los mamíferos, es bifiodonta; es decir, está compuesta por dos juegos de dientes: la dentición primaria o temporal, compuesta por 20 dientes, que funciona durante la niñez y parte de la adolescencia, y la dentición secundaria o permanente con 32 dientes, que estará presente en la boca del joven y del adulto. El periodo de formación de la dentición es muy amplio, a diferencia del resto de los tejidos humanos.

El desarrollo dental puede verse alterado en cualquiera de estos procesos, dando como resultado alteraciones del número de dientes, variaciones en la forma y tamaño o defectos en la estructura, que pueden expresarse en la dentición temporal, en la permanente o ambas, con un impacto variable en el desarrollo general del niño.

La mayoría de las deformaciones dentales ocurren entre la sexta y octava semana de vida intrauterina debido a que en este periodo se produce la transformación de estructuras embrionarias importantes como son el saco dentario, papila dentaria y el órgano dentario que en el proceso de Histodiferenciación darán lugar a la formación del esmalte, dentina y cemento. La odontogénesis es el proceso de formación del diente, el cual es continuo se inicia con la formación de la corona y termina con la formación de la raíz.

Las anomalías dentales son malformaciones congénitas de los tejidos del diente que se dan por falta o por aumento en el desarrollo de estos; pueden provocar retraso en el cambio de los deciduos a los permanentes y en algunas ocasiones falta de desarrollo de los maxilares, de todas estas anomalías en este trabajo se hará referencia a las relacionadas con anomalías de número. En específico un caso de mesiodens en un paciente pediátrico; en la que se resalta la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano.

Palabras clave: Diagnostico, diente supernumerario, mesiodens, radiografía.

## 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las anomalías dentarias comprenden diversas alteraciones, las cuales pueden ser de: número, forma, volumen, tamaño, posición y estructura histológica. No siempre aparecen de manera aisladas y pueden estar asociadas.<sup>1</sup> Las anomalías en el número de dientes, por alteraciones en la odontogénesis, pueden ser por ausencia o exceso. La hipodoncia es una condición en la que un individuo tiene menos dientes de lo normal, mientras que la hiperdoncia se caracteriza por la presencia de un aumento en la cantidad de órganos dentarios superior a la fórmula normal, llamados dientes supernumerarios. Estas condiciones se reportan como extremos opuestos en el desarrollo de la dentición, pueden afectar la dentición primaria y/o permanente y puede presentarse tanto en el maxilar como la mandíbula.<sup>1-3</sup>

Para explicar su etiología, se han propuesto diversas teorías, histológicas, ambientales, herencia, genéticas, entre otras,<sup>1-3</sup> sin llegar a un consenso.

Se han descrito casos recurrentes familiares, con mayor frecuencia en pacientes con ciertas patologías, como la fisura palatina o la disostosis cleidocraneal.<sup>5</sup>

Habitualmente se manifiesta por una alteración en la secuencia de erupción de los incisivos superiores, por lo que habrá que sospechar su presencia cuando los incisivos presenten un patrón eruptivo asimétrico, cuando se retrasen en su erupción o presenten una erupción ectópica.

El mesiodens es un diente supernumerario situado generalmente entre los incisivos medios superiores o, en raros casos, entre los incisivos medios inferiores. Se considera la pieza dentaria supernumeraria de aparición más frecuente en la dentición permanente, raramente puede aparecer en la dentición primaria.

También se debe pensar en esta patología cuando exista un retraso en la exfoliación de los incisivos temporales o un diastema sustancial entre los incisivos medios, o si se aprecia una protrusión en la encía. A veces puede



manifestarse como un hallazgo radiológico ocasional.<sup>5</sup>

El diagnóstico se realiza en base a los signos y síntomas mostrados durante el examen clínico y radiográfico, donde observamos directa y concretamente la presencia de esta anomalía; evaluamos cuidadosamente el grado de compromiso con otras estructuras, su afectación; y posteriormente planteamos el tratamiento.

El tratamiento preferible es la intervención quirúrgica temprana para aprovechar el potencial de erupción. Las evidencias sugieren que el 78% de los dientes retenidos erupcionan espontáneamente después de la eliminación del supernumerario. El tiempo ideal para la remoción de éste es entre los 6 a 7 años, ya que las raíces de los incisivos centrales están en desarrollo, pero no totalmente formadas.<sup>13</sup>

En este caso ante el diagnóstico de mesiodens erupcionado en un paciente niño de 6 años y 9 meses, que provocó retardo en la erupción de los incisivos centrales superiores permanentes; se decidió realizar la extracción inmediata porque favorece la erupción espontánea y evita problemas ortodónticos futuros.

Así, el diagnóstico precoz puede simplificar el tratamiento y mejorar el pronóstico.<sup>12</sup>

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 ANTECEDENTES**

A lo largo de la historia el mesiodens ha sido analizado por varios autores que en sus estudios realizados describen su aparición de la siguiente manera:

La prevalencia de dientes supernumerarios en general es baja, Para McKibben, 1971, en un estudio de 1500 niños de 8 a 12 años encontró que la prevalencia fue superior al 3% en la población mongoloide. Trull-Girnbernat en 1994, reportó en su estudio de prevalencia de mesiodens en la población caucásica y osciló entre 1 y 3% en la dentición permanente y de 0.3% a 0.6% en dentición temporal. Doroteo, 2011, en estudios más recientes estimó una prevalencia de mesiodens en 0.45% en caucásicos, 0.4% en finlandeses, 1.44% en noruegos y

2.2% en hispanos.

El mesiodens representa el 80% de todos los dientes supernumerarios según Danalli, 1988., mientras que Bolk en su estudio indicó que el porcentaje hallado oscila entre el 45-66%. (Huang., 1992). Mientras que, en México, Salcido y Cols, reportaron una prevalencia de mesiodens de 48.6% del total de supernumerarios.

Malinelli, 2014, en su investigación analiza la distribución por sexo, donde encontró que el predominio masculino es de 2:1, y aparentemente es más acentuado en el Japón, donde se ha reportado una proporción de 5:1, Saito, 1959.

Cassetta y Giordano, 2015, coincidieron con Trull-Girnbernat, 1994, al indicar que sólo en el 20 al 25% de los casos se produce una erupción del mesiodens, y generalmente lo hacen entre los incisivos, en menor proporción se han descrito casos de erupción palatina e intranasal. Por lo que la mayoría quedan incluidos en el hueso, y son descubiertos mediante un análisis radiográfico cuando el odontólogo sospecha de su presencia al analizar signos presentes en el paciente. (Patil y Maheshwari, 2014)

En el caso de mesiodens impactados Patil & Pachori, 2013, encontraron que aproximadamente el 80 – 90% se encuentran en posición palatina con respecto a los incisivos centrales superiores permanentes. Y pueden ser únicos, o múltiples, aparecen de forma unilateral o bilateral; y los podemos encontrar con la corona dirigida en cualquier dirección (arcada dentaria, fosas nasales, entre otros).

Koch y cols, 1986, evaluaron la localización más frecuente de los dientes supernumerarios y encontraron que la localización más frecuente; del 90 al 98% de casos evaluados fueron en la premaxila. Siendo la región de los incisivos superiores donde se presenta más del 75% de los casos. No existe una época definida para la formación del mesiodens, variando desde etapa prenatal hasta después de los 9 años (Doroteo, 2011).

Respecto a la etiología, Bergstrom, Primosch y Hattab mencionados por Russell y Folwarczna, 2003, al igual que Alaejos y col ,2000, y Cahuana y col,

2003, coincidieron en sus estudios en que la teoría hereditaria tuvo mayor frecuencia de presentación en sus respectivos estudios realizados de esta anomalía.

Se han reportado diversas consecuencias por la presencia de mesiodens como reabsorción radicular de los dientes vecinos, formación de diastemas, complicaciones quísticas (quiste folicular, ameloblastoma), incluso se relató el caso de un mesiodens en posición invertida que erupcionó en las fosas nasales (diente nasal) (Kessles & Krant, 1989). Estas descripciones son corroboradas por Ciccalé y col ,2007, que en su reporte de casos clínicos también encontró reabsorción radicular del diente vecino, maloclusión, diastema, impactación de dientes permanentes, entre otros.

Naziff y col, 1983, así como Ranalli y col ,1988, detallan en sus respectivos estudios que los dientes supernumerarios son mucho más frecuentes en pacientes afectos de fisuras, con una prevalencia del 28%, en individuos afectos de disostosis cleidocraneal, síndrome de Fabry-Anderson y síndrome de Gardner.

También se han reportado casos de reabsorción y desaparición, tal como lo reportó Ranalli y col, 1988, quien en un estudio con un seguimiento superior a 7 años: ocho de 20 supernumerarios asintomáticos no tratados habían desaparecido por reabsorción.

El diagnóstico de certeza y/o estudio se realiza mediante la exploración radiológica: radiografía periapical, radiografía oclusal y/u ortopantomografía; en casos complicados se recomienda la tomografía. (López, Masvidal, & Baraza, 2011)

Cahuana y col ,2003, al relacionar la edad de intervención con la evolución de los casos, concluyeron que la mayor frecuencia de erupción espontánea de los dientes permanentes retenidos se da en los pacientes operados antes de los 9 años, mientras que Sierra y col, 2007, mencionaron que el tiempo ideal para la remoción de un mesiodens es entre los 6-7 años.

Respecto al tratamiento; si el mesiodens estuviera erupcionado, la mayoría

de los autores concordaron en ejecutar la exodoncia del mesiodens durante la niñez, y esperar su erupción espontánea con el fin de evadir problemas ortodóncicos posteriores. (López, Masvidal, & Baraza, 2011); Sin embargo diferentes autores , entre ellos Kocadereli y Turgut ,2005 así como Das y Misra ,2012, propusieron protocolos quirúrgicos para forzar de manera inmediata con tracción ortodóntica los incisivos impactados .

Algo en que todos los autores citados concordaron es que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son de vital importancia para la interposición de barreras que limiten del daño que el mesiodens pueda provocar.

## **2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS**

### **A. Formación y desarrollo de las piezas dentarias**

Son numerosos los mecanismos que guían y controlan el desarrollo dental, pero es el fenómeno inductor el esencial para el comienzo de la organogénesis dentaria.

En la odontogénesis, el papel inductor desencadenante es ejercido por el ectomesénquima o mesénquima cefálica, denominado así porque son células derivadas de la cresta neural que han migrado a la región cefálica. Este ectomesénquima ejerce su acción inductora sobre el epitelio bucal de origen ectodérmico (que reviste el estomodeo).

En la sexta semana de vida intrauterina, se esboza y se forma la lámina dentaria, primordio del desarrollo de los dientes. Las primeras muestras de calcificación de los dientes deciduos surgen en el cuarto mes de vida intrauterina aproximadamente, y en el sexto mes, todos los dientes deciduos ya han empezado su desarrollo<sup>2</sup>. En el quinto mes de vida intrauterina se inicia la calcificación del primer molar permanente.

Los cambios comienzan con la invaginación de la lámina dental en el mesénquima subyacente, en ubicaciones específicas

a lo largo del borde libre de cada arco. Los cambios morfológicos en la lámina dental comienzan alrededor de las seis semanas y continúan más allá del nacimiento hasta el cuarto y quinto año. Esto ocurre en tres fases principales:

- a. Iniciación de toda la dentición primaria durante el segundo mes de vida intrauterina.
- b. Iniciación de los dientes permanentes que serán los sucesores de los primarios por crecimiento en los tejidos conectivos que los rodean, del extremo distal libre de la lámina dental, dando origen a la lámina sucesional. Su crecimiento continuado por lingual del órgano del esmalte de cada diente primario ocurre desde más o menos el quinto mes de vida intrauterina.
- c. La lámina dental se elonga por distal del segundo molar primario y da origen a los gérmenes de los molares permanentes. La época de iniciación del primer molar permanente es aproximadamente a los cuatro meses de vida intrauterina; para el segundo molar permanente, un año; y para el tercer molar de cuatro a cinco años.

## **B. ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DENTARIO**

Los procesos de inducción son muy complejos e involucran cambios químicos, estructurales y ultraestructurales que tiene lugar antes, durante y después de la formación dentaria<sup>9</sup>. Es por ello que determinar los mecanismos exactos de cómo se producen resulta sumamente difícil.

Algunos aportes significativos de la embriología experimental indican que, en el desarrollo morfogenético, de engrosamiento epitelial a brote o yema intervienen los

factores BMP2 y BMP4 (proteínas morfogenéticas óseas). Estos factores regulan la expresión de los genes Msx-1 y Msx-2 que determinan el patrón microscópico del órgano dentario.

También en la embriología dentaria como en la embriología general o maxilofacial pueden ocurrir alteraciones o perturbaciones en las distintas etapas del desarrollo que pueden afectar a los órganos dentarios, en cuanto al número, forma o estructura. Surgen así las diferentes anomalías dentarias.

### C. CLASIFICACION DE ANOMALÍAS DENTARIAS

En la embriología dentaria como en la embriología general o maxilofacial pueden ocurrir alteraciones o perturbaciones en las distintas etapas del desarrollo que pueden afectar a los órganos dentarios, en cuanto a la forma, numero, tamaño o estructura. Surgiendo así las anomalías dentarias.

La clasificación más usada, se resume a continuación:

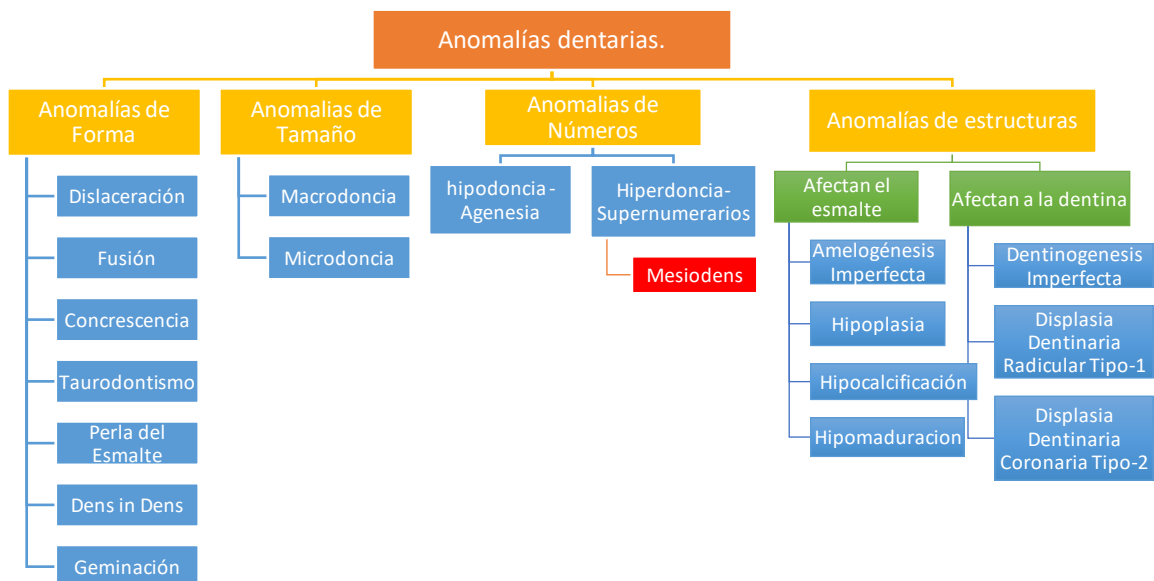


Figura 1. Clasificación de anomalía dentarias

### a) **DIENTES SUPERNUMERARIOS:**

La hiperodoncia, o existencia de dientes supernumerarios constituye la presencia de un número de dientes superior al de la fórmula dental normal, también se le conoce como hiperodoncia, tercera dentición, dientes post-permanentes, dientes extranumerarios, dentición adicional, dientes extras, superdentición y polidontismo.

Son poco frecuentes en la población; los casos con múltiples dientes supernumerarios son mucho más inusuales. La presencia de dientes supernumerarios se ha clasificado dentro del grupo de factores locales de tipo dentario que altera el desarrollo oclusal normal y contribuye al establecimiento de una maloclusión. Pueden ser únicos, múltiples, unilaterales o bilaterales; erupcionados, impactados o retenidos y pueden afectar ambas denticiones.

Si bien la denominación de diente supernumerario involucra genéricamente a las distintas formas de presentación de estos elementos, en la práctica y considerando aspectos clínicos y embriológicos relevantes, es necesario efectuar una correcta diferenciación entre dientes supernumerarios y dientes suplementarios:

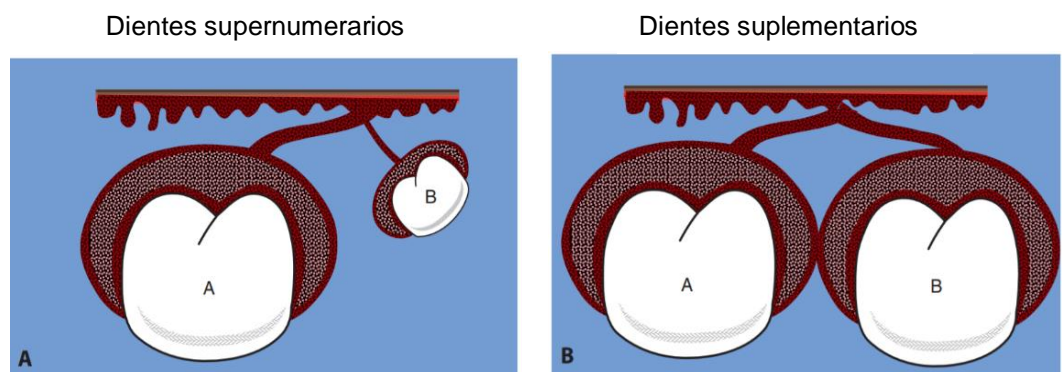


Figura 2. Diferenciación entre dientes supernumerarios y suplementarios.

- **Los suplementarios (eumórficos):** se forman por la dicotomía del germen

y lo hacen en partes exactamente iguales; los dientes suplementarios poseen una morfología idéntica a la de los elementos correspondientes a su sitio de asiento, a punto tal que resulta imposible su diferenciación clínica. Generalmente se ubican en la arcada superior en la zona de los incisivos laterales superiores, dispuestos en forma unilateral o bilateral

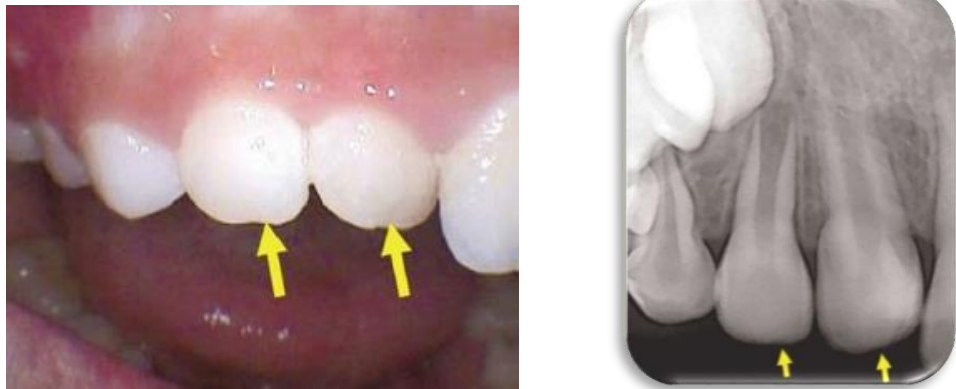


Figura 3. Dientes suplementarios, vista clínica y radiográfica

- **Los supernumerarios (Heteromórficos)** también se forman por la dicotomía del germen dentario, pero lo hacen en partes desiguales, Son dientes dismórficos con formas atípicas



- **Diente conoide.** Tamaño menor que el diente normal, con corona de forma cónica y una raíz completa rudimentaria.



Figura 4. Diente supernumerario conoide

- **Diente tuberculado.** Tamaño menor que el diente normal, corona con tubérculos y con raíz única, incompleta, gruesa y curvada.

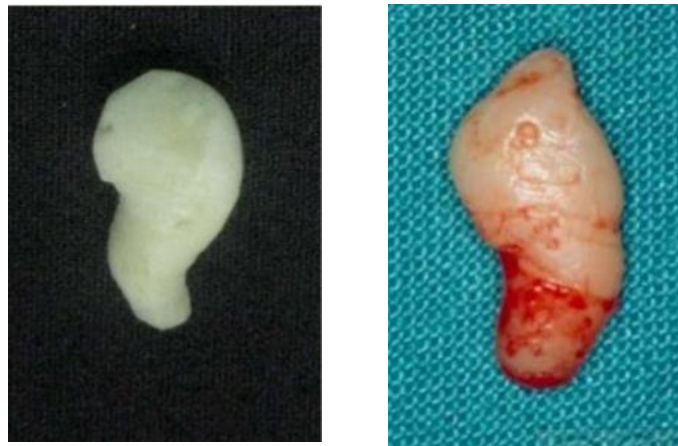


Figura 5. Dientes supernumerarios tuberculados

- **Diente infundibular.** Tamaño similar al diente normal, pero con invaginaciones hacia adentro en la corona, lo que le da aspecto de embudo.



Figura 6. Diente supernumerario infundibular

- **Diente molariforme.** Con forma de molar o premolar y con una formación radicular incompleta.



Figura 7. Diente supernumerario molariforme

Las dos formas heteromórficas que se observan con mayor frecuencia son la forma conoide y la tuberculada

De acuerdo con su localización los dientes supernumerarios pueden ser categorizados:

- Mesiodens.
- Paramolares.
- Distomolares, etc

Frecuencia de los tipos de dientes supernumerarios de acuerdo a diferentes autores:

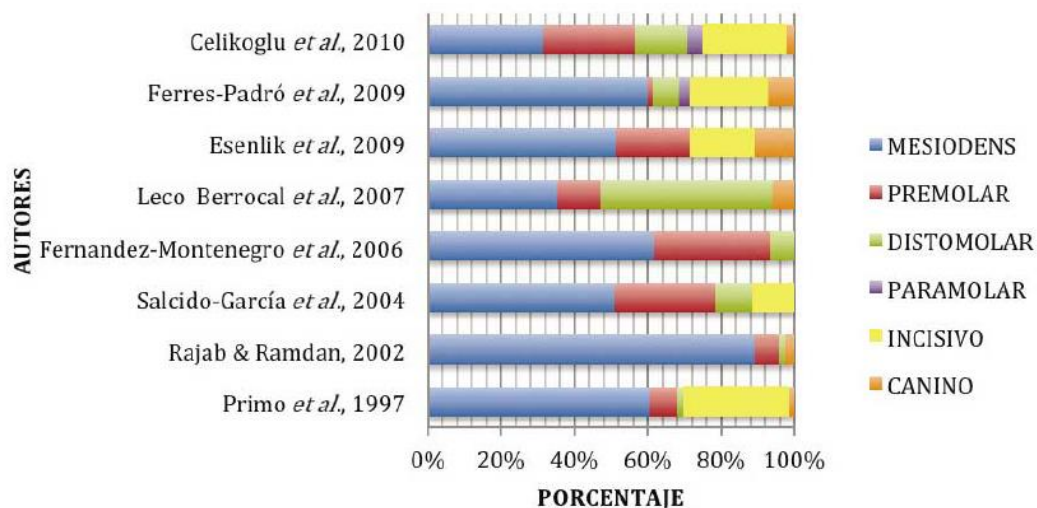


Figura 8. Gráfico de la frecuencia de los tipos de supernumerarios hallados de diferentes autores

Una de las conductas más frecuentes de los elementos supernumerarios es la de “acuñarse” entre los dientes contiguos, dificultando o impidiendo su proceso eruptivo. Si bien la ubicación y la dirección de estos dientes en los maxilares pueden ser variables, la presencia de un dentículo conoide impactado entre los incisivos centrales es relativamente frecuente y se denomina mesiodens.

## b) MESIODENS

### 1. Definición de mesiodens

Los dientes supernumerarios más frecuentes son los denominados mesiodens, localizados típicamente en el maxilar en la línea media entre los incisivos centrales; Los dientes supernumerarios son alteraciones del desarrollo que aparecen en cualquier región de los maxilares, aunque su presencia en la mandíbula es rara.

### 2. Etiología

El fenómeno de las hipergenesias se origina por la proliferación

celular de diversos lugares de la lámina dental. Diversos autores han propuesto una serie de teorías que intentan explicar la etiopatogenia del proceso, aunque ninguna de ellas está plenamente justificada. Algunas de las teorías que intentan explicar el origen de los dientes supernumerarios son las siguientes:

- **Teoría Atávica:** fue la primera teoría sobre la etiología del mesiodens según la cual, el mesiodens es la expresión de un rasgo atávico; una aparición de caracteres propios de antepasados, revisión filogenética, atribuyen el aumento en el número de dientes a una reversión hacia la dentición ancestral, pues los mamíferos placentarios presentan 44 dientes totales. Pero estudios evolucionarios sugieren una descendencia humana de especies de monos los cuales tienen denticiones de 32 dientes totales, por lo que esta teoría se ha descontinuado.
- **Escisión del folículo dental (Dicotomía):** división accidental del folículo o yema dental en dos o más fragmentos.
- **Hiperactividad o hipergénesis de la lámina dental:** esta refiere que durante la proliferación se forman más de dos folículos. Según Thomas y Goldman la lámina dental da primero abultamientos para los folículos deciduos, después esta lámina produce un folículo intermedio, antes del diente permanente; o después de formar al diente adicional. Lo cual es más aceptable porque:
  - a) Los dientes no siempre siguen patrones familiares;
  - b) Se ha reportado presencia de supernumerarios deciduos;
  - c) Se han reportado dientes supernumerarios postdeciduos y post-permanentes.
- **Herencia:** se ha sugerido la interacción de genes transmitidos como causa de supernumerarios, pues en estudios realizados de

árbol genealógico familiar, donde se reporta que un diente supernumerario puede ser encontrado en la misma área entre la mayoría de los miembros de la familia hasta por dos generaciones consecutivas.

- **Teoría genética**, algunos autores sustentan la influencia de los factores genéticos que avalan una herencia de tipo autosómica dominante, recesiva ligada al sexo y/o multifactorial

3. **Factores predisponentes:** que pueden activar la sobreactividad epitelial de la lámina dental en cualquiera de sus fases:

- **Factores locales:** traumatismos, infecciones, factores irritativos.
- **Factores generales:** pacientes con disfunciones genéticas o enzimáticas: disostosis cleidocraneal, Síndrome de Gardner y fisura de labio y paladar hendido.

#### **D) Prevalencia**

Epidemiológicamente, la hiperodoncia es rara en la dentición temporal, únicamente aparece en el 0.5% de los niños siendo más frecuente en varones. Su presencia en la dentición permanente, en general, oscila entre un 0,1% y 3,8% y tiene predilección por el maxilar superior en un 90-98% de los casos.

La premaxila es el lugar donde más se han observado, con un rango de 89,6-98%, sobresale su presencia en la línea media en un 25% y es más frecuente en hombres que en mujeres (relación 2:1).

La relación de prevalencia entre maxilar y mandíbula es de 8:1, Se observaron dientes supernumerarios en varios miembros de una familia, lo que indica la tendencia familiar de ese trastorno (Berini & Gay., 1999)

El mesiodens es el más común de los dientes supernumerarios

(48.6%), seguido por lo premolares supernumerarios (26.4%), laterales supernumerarios (11.1%) y cuartos molares (9.7%).

Los dientes supernumerarios pueden encontrarse retenidos (aproximadamente 75%) mientras que el 25% se encuentran erupcionados.

Cahuana, Alfaro y Coelho realizaron una revisión de 125 casos de mesiodens en el cual reportaron la prevalencia de los dientes supernumerarios en relación al sexo, localización, orientación, morfología y complicaciones causadas por la presencia de estos:

Figura 1. Distribución por sexo

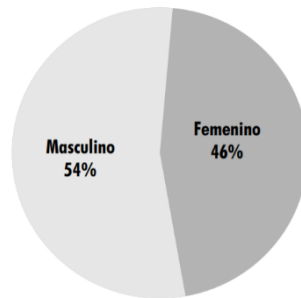


Figura 2. Localización

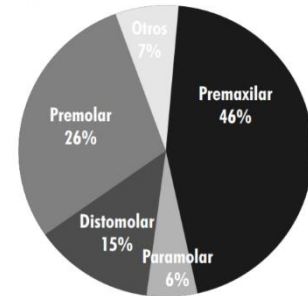


Figura 3. Orientación

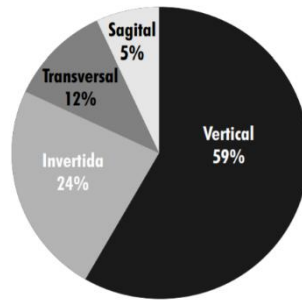


Figura 4. Morfología

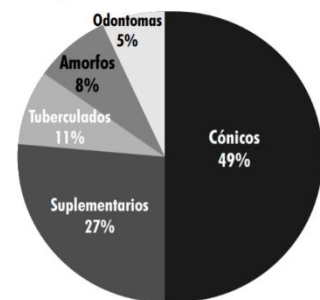


Figura 5. Complicaciones clínicas

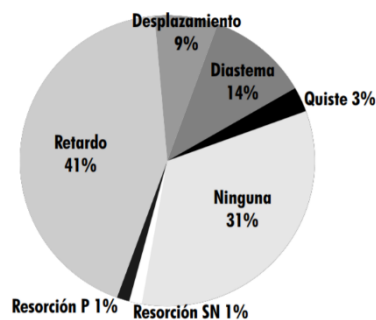


Figura 9. Gráficos de características de prevalencia de mesiodens. Cahuana et al.2003

## E. Manifestaciones Clínicas

Habitualmente se manifiesta por una alteración en la dentición de los incisivos superiores, por lo que habrá que sospechar su presencia cuando los incisivos presenten un patrón eruptivo asimétrico, cuando se retrasen en su erupción o presenten una erupción ectópica. También se debe pensar en esta patología cuando exista un retraso en la exfoliación de los incisivos temporales o un diastema sustancial entre los incisivos medios, o si se aprecia una protrusión en la encía.

En el 20-25% de los casos puede producirse una erupción del propio mesiodens, generalmente entre los incisivos, aunque se han descrito casos de erupción palatina e intranasal.

En los pacientes que presentan dientes supernumerarios (mesiodens) es común observar las siguientes manifestaciones

- La erupción ectópica del mesiodens tiene un patrón de erupción que produce rizólisis de una porción o de todos los dientes

primarios adyacentes.

- La impactación dental: la presencia de supernumerarios ocasiona la retención de los dientes permanentes, no pueden erupcionar y quedan incluidos en el hueso.
- La deficiencia primaria de erupción es un problema poco frecuente que afecta los dientes posteriores y se diagnostica cuando el diente no brota en el periodo correspondiente al tiempo de erupción, pese a contar con espacio adecuado.
- Diastema: si el diastema es pequeño en la línea media superior es normal y se da en las fases iniciales de la dentición mixta. Es característico que sea resultado de la posición de los incisivos o caninos laterales que no han brotado. Si el diastema excede de 3mm, la causa puede ser un mesiodens, un problema de tamaño dental localizado o la posición anormal de un incisivo (Pinkham, 2001)
- Apiñamiento dentario: cuando el supernumerario ha erupcionado en el arco dental causando falta de espacio en el arco.
- Parestesia o dolor cuando hay compromiso de algún nervio o posición ectópica en nariz o seno maxilar
- Complicaciones quísticas (incluso formación de ameloblastomas): ya que el folículo que rodea al diente supernumerario puede dar lugar a la formación de un quiste folicular o dentígero, como cualquier otro diente incluido.

## **F. Exámenes Auxiliares de Diagnóstico**

Los exámenes auxiliares de diagnóstico que brindan gran ayuda para la localización del diente supernumerario (mesiodens) revelan



información importante acerca de la posición del mesiodens en sentido mesio distal y vestíbulo palatino además de observar si existe la formación de un quiste, rizólisis, impactación de dientes adyacentes, grado de calcificación de las raíces o alguna otra patología que pueda presentarse en la zona y que impida la normal exfoliación del diente. (Escoda, 1996).

También con esto localizamos fácilmente la vía de abordaje quirúrgico para la exodoncia del diente supernumerario. Entre estos exámenes tenemos:

- Radiografía Periapical. Utilizando la técnica de Clark con distinta angulación
- Radiografía Panorámica (ortopantograma)
- Radiografía Oclusal
- Tomografía Axial computarizada. - es útil para saber la ubicación exacta en los tres planos del espacio.

Se debe establecer en nuestro protocolo de rutina para un niño en periodo de dentición mixta una radiografía panorámica, ya que muchas veces estas anomalías son hallazgos radiográficos y no se observan clínicamente hasta después que ya han causado lesiones o problemas en el arco dental.

Sin embargo, no hay evidencia en la literatura para apoyar un calendario de formación de dientes supernumerarios. No hay una edad óptima para la detección de los dientes supernumerarios, ya que se pueden formar en cualquier momento, durante la dentición temporal, mixta o permanente

1. **Diagnóstico diferencial:** este tipo de anomalías debe diferenciarse de:
  - Odontomas y cementomas

- Quistes
- Tumores (cementoblastoma, tumor adenomatoide odontogénico)
- Dientes temporales retenidos

### **G. Diagnóstico**

Una vez identificadas las manifestaciones clínicas se debe realizar la palpación labial y palatina de la zona, que indican que estamos ante la presencia del mesiodens, su ubicación y habiendo establecido la dimensión del daño que está provocando en el paciente, se debe tener presente que el diagnóstico es individualizado y por lo tanto el plan de tratamiento va a ser distinto en cada caso en particular.

Cuanto más temprano se haga el diagnóstico ante la presencia de mesiodens, menos daños producirá su presencia y por lo tanto el pronóstico es más favorable.

### **H. Plan de Tratamiento**

El tratamiento del mesiodens siempre será la extracción de este; pero un tema de importancia es decidir cuándo se realizará el tratamiento de la exodoncia puesto que los diversos factores que se toma en cuenta son de vital importancia para el éxito en el mismo. Será necesaria una estricta relación multidisciplinaria entre odontopediatras, ortodoncistas y cirujanos

A continuación, se expone dos consideraciones acerca de cuándo realizar este tratamiento:

- **Exodoncia precoz:** antes de que el paciente cumpla los 8 años.

Si el mesiodens ha erupcionado, se realiza de inmediato la exodoncia,

En el caso que aún no haya erupcionado; Se realizará sólo si se valora que, dadas las características del mesiodens, esta intervención es necesaria para evitar ciertos problemas ortodóncicos.

Si el caso es más complejo y se prevé que los procedimientos quirúrgicos van a ser más complicados se pospone la intervención. Siempre se busca el mayor beneficio para el paciente. A esta edad, antes de realizar la intervención se ha de valorar muy bien el riesgo que ésta conlleva de dañar las raíces de las piezas dentarias adyacentes y daños colaterales que esta intervención pueda causar. Además de la incapacidad del niño de tolerar psicológicamente el procedimiento quirúrgico

También es posible mantener una actitud expectante para evitar esta cirugía, con la finalidad de evitar un tratamiento tan invasivo.

Una desventaja de esta propuesta es que al retrasar la extracción incrementa el riesgo de posible pérdida de la fuerza de erupción de los incisivos centrales permanentes superiores; pérdida del espacio anterior de la arcada y mayor amplitud en los procedimientos terapéuticos quirúrgico y ortodóncico

En un estudio realizado por Cahuana et al., en 125 pacientes con dientes supernumerarios, se apreció que la extracción antes de los 9 años era favorable, y que el 41,4% de las piezas dentales normales erupcionaron de manera espontánea después de la intervención. (Lopez, Masvidal, & Baraza, 2011)

- **Exodoncia tardía:** En este caso se espera a que se complete la formación de las raíces de los incisivos permanentes, aproximadamente entre los 8 y los 10 años, con el fin de disminuir en la intervención el riesgo de daño de las raíces de los incisivos y su consecuente desvitalización aquí se realiza el seguimiento mediante toma de radiografías.

Para algunos autores el mejor momento para realizar la intervención es cuando se hayan formado completamente las raíces de los incisivos superiores permanentes; pero ello no siempre es posible, y es conveniente realizar la extracción temprana del mesiodens (sobre todo los tuberculados y molariformes que provocan con mayor frecuencia la impactación de los dientes permanentes) con la finalidad de evitar posibles complicaciones como patología quística asociada al mesiodens, que complican la intervención y el riesgo de lesión de los dientes vecinos. Tan sólo adoptaremos una conducta expectante, con controles frecuentes, en aquellos casos de mesiodens cónicos (no dan tantos problemas de impactación) que no se interponen en la erupción de los incisivos, lejos de los dientes ya erupcionados, y no produzcan apiñamiento de los incisivos centrales comprobando, evidentemente, que no existe ningún otro tipo de patología asociada.

#### **I. Técnica quirúrgica de una exodoncia simple de un mesiodens erupcionado**

1. Anestesia local, dependerá del grado de colaboración del paciente; puede ser necesario la sedación consciente previa la anestesia local infiltrativa.
2. Con el elevador se introduce en el surco gingival para cortar las fibras que insertan el margen gingival al cuello dentario y las fibras transeptales que pasan de un diente al contiguo (**sindestomía**) tanto por vestibular, palatino o lingual, hasta notar a presencia del hueso alveolar y que permita la aplicación del fórceps sin traumatizar la encía.
3. Aplicar el elevador por mesial y distal del diente entre la cresta interradicular y realizar movimientos de torsión de abajo para arriba(arriba-abajo), con lo que se consigue la **luxación** de la pieza dentaria de su alveolo.

4. Con el fórceps idóneo para la pieza a extraer, se debe hacer una correcta **prehensión** adaptándose al cuello dentario y, de esta manera, poder asir fuertemente el diente
5. Iniciar los movimientos de lateralidad (vestíbulo-lingual) y rotación (en el eje mayor del diente), con suavidad hasta conseguir la ruptura del ligamento alveolo dentario.
6. Cuando los movimientos previos han dilatado el alveolo y roto ligamentos se procede a la extracción de la pieza dentaria, con movimientos suaves de **tracción**, controlando la fuerza y sin soltar nunca la pieza dentaria.
7. Proceder a la limpieza con un curetaje del fondo del alvéolo, siempre que haya evidencias de una lesión apical, no realizar curetaje a las paredes del alveolo.
8. Comprimir las tablas vestibular y palatina o lingual dilatadas por los movimientos de la exodoncia.
9. Aplicar sutura si es necesaria.
10. Colocar un apósito de gasa en la entrada del alveólo para provocar la hemostasia.
11. Mediar la paciente y darle sus indicaciones

#### **J. Técnica quirúrgica para la extracción el mesiodens impactado.**

1. La técnica anestésica que elegiremos dependerá de la edad y manejabilidad del niño. En algunos casos será preciso realizar la intervención bajo sedación consciente o incluso anestesia general.
2. Si el mesiodens se encuentra incluido debemos saber si está por palatino o vestibular. Normalmente está por palatino. Con bisturí con hoja número 15, se realiza una incisión siguiendo los cuellos dentarios

por la zona palatina, desde el primer premolar a primer premolar contralateral, para obtener un colgajo envolvente.

3. Levantaremos entonces el colgajo de la fibromucosa palatina con un periostotomo de Freer o de Obwegeser vigilando de no lesionar el paquete vásculonervioso nasopalatino.
4. Si no se encuentran protuberancias que identifiquen la posición del mesiodens sobre la cortical ósea, se comienza la osteotomía necesaria por detrás del incisivo central, siempre preservando un collar de hueso alrededor del incisivo central que proporcione un apoyo para la recolocación del colgajo y de esta forma conservar el soporte óseo para los tejidos gingivales.
5. La visualización del diente supernumerario es el paso más complejo debido a su localización próxima al paquete vásculonervioso nasopalatino y a su situación frecuentemente cercana a los ápices de los dientes vecinos.
6. Una vez expuesto el diente supernumerario se realiza la extracción de este (excepcionalmente será necesaria la odontosección) ya que su anatomía poco retentiva facilita su luxación
7. Una vez extraído el mesiodens debe ser legrado el alveolo residual con cucharilla recta y/o acodada, con el fin de eliminar los restos de tejidos dentarios, normalmente del folículo dentario, tejido de granulación, o incluso tejido quístico en aquellos casos en los que lo hubiere.
8. Después reponemos el colgajo y suturamos la herida afrontando las papilas vestibulares y palatinas. Colocamos puntos de sutura, sueltos en ocho, hasta cerrar totalmente la herida operatoria.

#### **K. Exposición quirúrgica de los dientes permanentes y tracción ortodóncica**

La mayoría de los incisivos permanentes, incluidos por causa de un mesiodens, erupcionan espontáneamente después de que el diente supernumerario es extraído.

Así pues, tras la extracción del mesiodens, siempre debemos controlar la erupción de los incisivos centrales no erupcionados, para ello debemos esperar al menos seis meses, y tener en cuenta que haya el suficiente espacio en la arcada dentaria para que estos puedan ubicarse

Si observamos que no se produce la erupción espontánea de los incisivos, más aún si estos están muy pronto a completar su apicoformación, se debe realizar la exposición quirúrgica de los mismos y tracción ortodóncica utilizando brackets pegados directamente a la superficie vestibular del incisivo.

### **2.3 OBJETIVOS.**

Demostrar la técnica quirúrgica en una endodoncia de mesiodens en pacientes pediátricos a través de la presentación de un caso clínico.

## CAPITULO III

### 3.1. DESARROLLO DE CASO CLÍNICO

#### 1. HISTORIA CLÍNICA:

---

<b>A. Filiación:</b>	Se trata de un paciente masculino de 6 años y 9 meses de edad, con un peso de 22 kg.
<b>B. Motivo de la consulta:</b>	la madre refiere “que ya se le cayeron los dos dientes de leche, le salió uno raro y el otro no aparece”.
<b>C. Enfermedad actual</b>	Hace 9 meses que se le cayeron los dientes deciduos 5.1 y 5.2, hace 4 meses le erupció un diente con diferente morfología, ausencia de piezas permanentes 1.1 y 2.1
<b>D. Antecedentes:</b>	la madre no refiere enfermedades preexistentes en el niño, tampoco menciona que algún familiar padezca de esta anomalía. Si tiene antecedentes de tratamientos odontológicos
<b>E. Hábitos nocivos</b>	No refiere

---

#### 2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL:



---

Ectoscopía: ABESG, ABEN, LOTEP

Peso: 22 kg

Talla 115 cm

Presencia de manchas blancas faciales

---

### **3. EXAMEN CLINICO INTEGRAL:**

---

#### **A. Signos vitales:**

Pulso: 74 pul/min

F. respiratoria: 22 resp/min

Presión arterial: 112/62 mmHg

Temperatura: 36.5 °C

---

#### **B. Examen clínico intraoral:**

Labios: normotonicos , poco hidratados

Frenillos: inserción media (labiales y lingual)

Lengua: normoglosia, buena movilidad

Paladar: bien definido, sin lesiones

Encia color rosa, sin lesiones.

Dientes: ausencia de los incisivos centrales superiores, se observa un órgano dentario en la línea media levemente inclinada hacia la derecha que presenta forma molarizada,

---

#### **C. Tipo de conducta**

Paciente colaborador.

---



FOTOGRAFÍA DE FRENTE.

Se aprecia el diente supernumerario; el cual se encuentra en la posición del diente 11.



FOTOGRAFÍA  
INTRAORAL



RADIOGRAFÍA PANORÁMICA;  
se confirma la presencia de  
mesiodens

#### 4. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Se revisó la radiografía panorámica y se confirma el **diagnóstico de mesiodens**, ya que se encontraba entre los incisivos centrales superiores, ligeramente desplazado hacia la derecha.

El pronóstico es favorable ya que el diagnóstico es precoz y todavía se puede aprovechar el potencial de erupción de las piezas permanentes por la temprana edad del paciente.

## CAPÍTULO IV

### PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

#### A. Formulación del plan de tratamiento general

El **tratamiento** propuesto fue la **extracción** del diente, ya que interfiere con la erupción de los dientes 11 y 21.

Se explicó el procedimiento a la mamá del paciente de manera verbal y escrita, se le pidió autorización mediante el consentimiento informado

A continuación, se detallan los materiales y procedimiento del acto quirúrgico que se desarrolló:

#### **Material e instrumental**

- Gorro
- Mascarilla
- Guantes estériles
- Lentes protectores
- Batas estériles
- Jeringa Cárpule
- Aguja corta # 30
- Gasas
- Campo fenestrado
- Campo estéril para mesa
- Jeringa desechable 10cm<sup>3</sup>
- Elevadores rectos
- Fórceps 150s
- Solución fisiológica
- Lidocaína con epinefrina de 1: 80000 al 2%

#### **Asepsia y antisepsia.**

- Se indicó al paciente enjuagarse con Gluconato de Clorhexidina al 0.2% durante 30 segundos.
- Se realizó la desinfección de la zona perioral con gasas embebidas en Yodo Povidona Solución.
- Se colocó los campos quirúrgicos estériles con el fin de evitar la

contaminación cruzada

### **Técnica anestésica**

- Se colocó anestésico tópico (Xylocom Spray® 10 %, Erca Farma) en fondo de surco vestibular, se aguardó 1 minuto para que hiciera efecto
- Posteriormente se infiltró de manera local con Lidocaína 2% /epinefrina de 1:80000 por vestibular (Newcaina 2 %, New Stetic S.A.).

### **Acto operatorio:**

Se inició la sindesmotomía y luxación con elevador recto delgado, haciendo la separación de las inserciones periodontales del diente



SINDESTOMÍA Y LUXACIÓN

Luego se encontró punto de apoyo con el elevador, se realizaron movimientos giratorios y una vez que el órgano dentario se encontraba luxado se hizo uso de un fórceps infantil de No. 150s para hacer la extracción



PRENSIÓN Y TRACCIÓN CON EL FORCEPS 150s

Una vez realizada la extracción se confirmó que el diente haya salido íntegro



LA ANATOMÍA Y TAMAÑO DEL MESIODENS.

Se comprueba que el alveolo se encuentre totalmente limpio



#### LECHO QUIRÚRGICO POST EXODONCIA

Por último, se le colocó una gasa al paciente en la zona tratada para favorecer la hemostasia. Se le entregaron indicaciones postoperatorias de a la mamá del paciente; la farmacoterapia utilizada fue ibuprofeno en jarabe de 200mg/5ml; se le indicó 5 ml cada 8 horas condicionado al dolor.

#### **B. Plan de control y mantenimiento:**

Se le citó a los 8 días para un control, al evidenciar que la herida estaba reparándose se le dio de alta.

Se le recomendó citas periódicas para controlar el proceso de erupción dentaria y si en un periodo de 8-12 meses no erupcionan espontáneamente, optar por tratamiento de quirúrgico y tracción ortodóntica.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

Dentro de las anomalías dentales que afectan a la dentición primaria y mixta, la presencia de dientes supernumerarios es una de las más significativas. Un diente supernumerario en la zona anterior del maxilar de un paciente joven representa un gran problema no solo para él, sino para los padres y el odontólogo, ya que, al retardar la erupción de los dientes permanentes, causa problemas oclusales, masticatorios, fonéticos y sobre todo estéticos.

Los dientes supernumerarios pueden ser detectados a través de un examen clínico de rutina. Clínicamente sospechamos de retención cuando hay un retraso en la cronología de erupción en relación con los demás dientes, malposición de un diente permanente, giroversiones y/o presencia de diastemas.

Su etiología sigue estando en discusión, se han planteado teorías como la de atavismo, hiperactividad de la lámina dentaria, hereditaria y recientemente su origen genético; sin embargo, Bergstrom, Primosch y Hattab mencionados por Russell y Folwarczna<sup>24</sup>, refieren al igual que Alaejos y col.<sup>22</sup> y Cahuana y col.<sup>23</sup> una mayor incidencia en el componente hereditario de esta anomalía, situación que no corresponde con el caso reportado.

El grado de alteración que provoca en los dientes permanentes dependerá del período de inicio de formación del diente supernumerario y de su posición en la arcada. En muchos casos la formación tardía no afectará la erupción de los permanentes, por lo que pasan desapercibidos y son sólo un hallazgo casual de la consulta; según lo reseñan Cahuana y col.<sup>23</sup>

Escoda y col<sup>14</sup>, Ciccalé y col<sup>27</sup>, entre otros autores describen en sus investigaciones la presencia de lesiones quísticas, apiñamiento, reabsorciones de los



dientes contiguos, así como diastemas; afortunadamente en este caso el mesiodens no había causado daño irreversible en las piezas permanentes sucedáneas, salvo por la impactación de estos. Un diagnóstico precoz en estos casos es crucial para evitar o minimizar estos daños

El tratamiento efectuado fue realizado en concordancia con Russell y Folwarczna<sup>24</sup> y Srivastava y Srivastava<sup>25</sup>, quienes manifestaron que una vez diagnosticada la presencia de los dientes supernumerarios que impiden la erupción de los dientes permanentes, deben ser extraídos para promover el potencial eruptivo del diente permanente.

Existen dos corrientes de pensamiento con respecto al tiempo óptimo de intervención que son: inmediata y retrasada; en este caso se optó por la exodoncia inmediata, ya que el mesiodens estaba erupcionado, además se decidió esperar la erupción espontánea de las piezas permanentes, aprovechando que estas aún no han completado su apicoformación, concorde por lo expuesto por López, Masvidal, y Baraza<sup>5</sup>. Además, tal como lo manifiesta Sierra y col<sup>13</sup> el tiempo ideal para la remoción de un mesiodens es entre los 6-7 años, nuestro paciente tiene 6 años y 9 meses, lo que sería buen indicador del potencial eruptivo de las propias piezas permanentes.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

La erupción asimétrica, ectópica o retardada de los incisivos centrales superiores, debe ser una alerta clínica de la posibilidad de la presencia de un mesiodens.

El diagnóstico precoz permite la intervención temprana, un pronóstico más favorable y mínimas complicaciones.

Cuando la erupción del diente permanente se encuentre alterada por la presencia de un supernumerario, se recomienda su exéresis antes de los 8 años de edad. Ante la presencia de un mesiodens, puede que los incisivos no erupcionen espontáneamente requiriendo tratamientos quirúrgicos y ortodónticos a futuro.

La toma de radiografía panorámica de rutina como parte de los medios auxiliares para la realización del diagnóstico y plan de tratamiento de un niño con dentición mixta, nos ayudará a valorar y discernir sobre la presencia o no de dientes supernumerarios o de cualquier otra patología intraoral.

## **CAPÍTULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

Realizar actividades preventivas para poder ayudar a los niños con presencia de mesiodens y diastema para evitar problemas posteriores.

Convocar a reuniones o eventos informativos sobre el conocimiento de los efectos que producen este tipo de manifestaciones al igual que actividades participativas que motiven al padre de familia y al niño a conocer los problemas que puedan presentar a nivel bucal y que busquen ayuda del profesional de la salud.

En caso de presentar complicaciones como falta de erupción de piezas permanentes o apiñamientos se debe recurrir al especialista para que se pueda resolver exitosamente la rehabilitación del paciente.

Planificar el plan de tratamiento adecuado e individualizado para cada paciente realizando los exámenes de diagnóstico pertinentes.

Hacer seguimiento del caso, controles periódicos, hasta dar de alta al paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manterola ER. Estudio de 204 dientes supernumerarios. Rev Fac de Odon UBA. 2012;28(63):32-39.
2. Trull-Girnbernát JM, Banchilleria-Balaguer E, Vall-Llosera-Riera J, Gay Escoda C. Supernumerarios múltiples no sindrómicos: descripción de un caso. Avances en Odontoestomatología. 1994; 10:89-93.
3. Mallineni SK, Nuvvula S, Cheung A, Kunduru R.A. Comprehensive review of the literature and data analysis on hypo-hyperdontia. J Oral Sci. 2014;56(4):295-302.
4. Folio J, Smilack ZH, Roberts MW. Clinical management of multiple maxillary anterior supernumerary teeth: report of case. ASDC J Dent Child. 1985;52(5):370-373.
5. López-Sánchez C, Masvidal-Aliberch RM, Baraza-Mendoza MC. El mesiodens: una patología odontológica que debe tenerse en cuenta. Acta Pediatr Esp. 2011;69(7-8):358-360.
6. Nadal Valladura A. Patología dentaria. 1ª ed. Barcelona: Rondas; 1987.
7. Zegarelli E, Kuscher A, Hyman G. Diagnóstico en patología oral. 2ª ed. Barcelona: Salvat;1982.
8. Seddon RP, Johnstone SC, Smith PB. Mesiodentes in twins: a case report and a review of the literature. Int J Pediatr Dent. 1997;7(3):177-184.
9. Huang WH, Tsai TP, Su HL. Mesiodens in the primary dentition stage: a radiographic study. J Dent Child. 1992; 59:186-9.
10. Giancotti A, Grazzini F, De Dominicis F, Romanini G, Arcuri C. Multidisciplinary evaluation and clinical management of mesiodens. J Clin Pediatr Dent. 2002;26(3):233-237.
11. 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 Pediatr Dent. 2008;18(2):98-106.
12. Cassetta M, Altieri F, Giordano A. Mirror imaging of impacted and supernumerary teeth in dizygotic twins: A case report. J Clin Exp Dent. 2015;7(1):167-9.
13. Sierra M, Peral A, Vázquez L, Brito P, Bonilla E. Manejo de paciente con retención de incisivo central permanente causada por mesiodens. Rev Oral. 2007;8(26):410-414.
14. Escoda C, Contreras MA, Alaejos C, Buenechea R, Berini L. Mesiodens: concepto,

- evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento. *Anales de Odontoestomatología*. 1996; 4:175-180.
15. Danalli DN, Buzzato JF, Baum TW, Murphy SM. Longterm interdisciplinary management of multiple mesiodens and delayed eruption: report of a case. *J Dent Child*. 1988; 55:376-80.
  16. Patil S, Maheshwari S. Prevalence of impacted and supernumerary teeth in the North Indian population. *J Clin Exp Dent*. 2014; 6:116-120.
  17. Koch H, Schwartz O, Klausen B. Indications for surgical removal of supernumerary teeth in the premaxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1986;15: 273.
  18. Mckibben DR, Brearley LJ. Radiographic determination of the prevalence of selected anomalies in children. *J Dent Child*. 1971; 38:390.
  19. Nazif MM, Ruffalo RC, Zullo T. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. *J An Dent Assoc*. 1983; 106:201.
  20. Saito T. A genetic study on the degenerative anomalies of deciduous teeth. *Japanese J Hum Gen* .1959; 4: 27.
  21. Alaejos C, Contreras MA, Buenechea R, Berini L, Gay C. Mesiodens: revisión retrospectiva de una serie de 44 pacientes. *Medicina Oral*. 2000; 5:81-88.
  22. Cahuana A, Alfaro A, Pérez B, Coelho A. Dientes supernumerarios anteriores no erupcionados: revisión de 125 casos. *Revista del Ilustre Consejo General del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España*. 2003; 8(3):263-271.
  23. Russell KY, Folwarczna M. Mesiodens: diagnosis and management of a common supernumerary tooth. *J Dent Assoc*. 2003;69(6):362-368.
  24. Srivastava NY, Srivastava V. An inverted supernumerary tooth: Report of case. *Journal of Dentistry for Children*. 2001;68(1): 61-62.
  25. Doroteo. Mesiodens Múltiples. *Revista ADM* 2011;5:93-96
  26. Cicalé A, Ablan L, García TM. Retención de incisivos centrales superiores como consecuencia de la presencia de dientes supernumerarios. *Revista Odontológica De Los Andes* 2007;2(2):30-36.

## **ANEXOS**