

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE PATOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO

Por: Dr. Henry Cheesman Mazariegos
Revisado: Dra. Diana Annabella Corzo M.

ALTERACIONES DE TAMAÑO, FORMA Y NÚMERO EN PIEZAS DENTALES

I. INTRODUCCIÓN:

Como futuros profesionales de la Odontología es importante conocer, comprender y reforzar periódicamente información en las distintas disciplinas clínicas que nos interesan en el desempeño de la misma, como lo es patología, operatoria, periodoncia, entre otras.

Dentro del campo diagnóstico en el sistema Estomatognático, podemos identificar variantes de lo normal que se presentan en él. Es necesario por ello tener conocimiento de “lo normal” en cuanto a estructura, posición, forma y función tanto de tejidos blandos como en tejidos duros que forman este sistema.

Después de haber estudiado las características normales que poseen todas y cada una de las piezas dentales (Curso de Anatomía Dental, segundo año de la licenciatura en Odontología, USAC) y la formación y desarrollo de ellas (Curso de Histología, primer año y Curso de Caries Dental, segundo año de la licenciatura en Odontología, USAC) en este documento se presentan las alteraciones y variantes de lo normal que pueden existir en las arcadas dentales. Además, se determina que la etiología de tales alteraciones de lo normal, en su mayoría son : Factores LOCALES (Traumatismos, Infecciones), SISTÉMICOS (herencia, enfermedades corporales) e IDIOPÁTICOS (desconocida).

II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Que el estudiante de tercer año de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, pueda repetir, conocer, comprender e identificar las anomalías y variantes de lo normal que puedan existir en cuanto a FORMA, TAMAÑO Y NÚMERO. Además de conocer la etiología de las mismas y sus características generales.

III. CONTENIDO:

a. ALTERACIONES DE TAMAÑO:

i. MICRODONCIA:

Término usado para designar a dientes que son más pequeños de lo normal.

La microdoncia se ha relacionado con un patrón hereditario autosómico dominante.

Los dientes afectados por microdoncia presentan la corona con tamaño inferior al normal. La raíz generalmente es de tamaño normal aunque es frecuente encontrar formas anormales. Es importante mencionar que los dientes supernumerarios que presentan dientes con tamaño menor al normal, no son clasificados como Microdoncia.

Según el número de dientes que tengan microdoncia, se reconocen dos tipos: **MICRODONCIA PARCIAL Y GENERALIZADA**. El primer tipo es más común y se caracteriza por presentar alteración de tamaño y forma en uno o en varios dientes en un mismo paciente. La microdoncia se observa a menudo en los incisivos laterales superiores, unilateral o bilateralmente, en los cuales todas las superficies de la corona convergen hacia incisal semejándose a un cono por lo que reciben el nombre de “**laterales en clavija**” o “**espigas laterales**” (**figura 2**). En el segundo orden de prevalencia, se ven afectados los terceros molares superiores (**figura 3**).

El segundo tipo, se refiere a que todos los dientes en ambas arcadas presentan microdoncia como en el caso del enanismo hipofisiario (*microdoncia generalizada verdadera*); en otros casos se observan piezas dentarias normales de tamaño, pero que se ven pequeñas en comparación con un hueso mandibular o maxilar aumentado (*microdoncia generalizada relativa*).

Síndromes que pueden presentar microdoncia:

Microsomía Hemifacial: produce una alteración del desarrollo de un hemimaxilar o de una hemicara, por lo tanto, influye en el desarrollo dentario. Esto en general se asocia a piezas dentarias más pequeñas a ese lado.

- Síndrome de Down: muchas veces presentan dientes más pequeños de lo normal o a veces presentan maxilares más grandes que hacen que los dientes se vean más chicos, por lo tanto es importante que evaluemos el crecimiento y desarrollo de estos paciente para saber cuál es el verdadero problema.

- Displasia Ectodérmica Anhidrótica Hereditaria: trastorno hereditario recesivo que puede encontrarse ligado al cromosoma X y que presenta las siguientes características:

- Aspecto Facial: Región frontal, supraorbitarias y labios prominentes.
- Microdoncia de caninos y molares, Hologodoncia o anodoncia completa total en algunos casos.
- Alopecia.
- Piel con hipopigmentación y en neonatos con descamación y resequead (indicativo de hipomaduración tisular).
- Glándulas sudoríparas de tipo exocrinas son escasas o ausentes y las de tipo apocrino normales. (problemas de regulación de la temperatura).
- Glándulas se encuentran hipoplásicas o ausentes.

Ejemplos de Microdoncia:

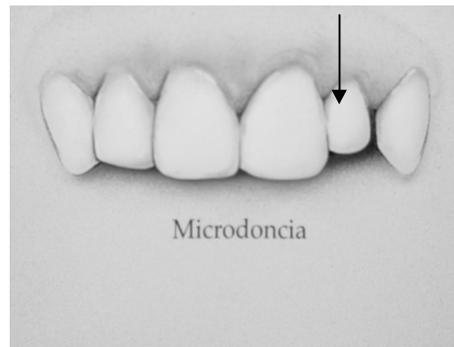


Figura 1
Microdoncia



Figura 2.
“lateral en clavija”



Figura 3
Tercera molar superior

ii. MACRODONCIA:

Se usa para designar a dientes cuya corona es de mayor tamaño que lo normal.

La etiología es desconocida pero se asocia con un patrón hereditario autosómico dominante.

Según el número de piezas afectadas se clasifica de dos tipos: MACRODONCIA PARCIAL y MACRODONCIA GENERALIZADA. En el primero de los tipos, la macrodoncia se presenta en un diente y puede presentar una anatomía normal o se puede observar con deformidad coronal. Afecta principalmente a los terceros molares inferiores o a un grupo de dientes como en el caso de la Hipertrofia hemi-facial en el que el lado afectado se presentan dientes con macrodoncia. La Macrodoncia Generalizada se caracteriza porque los dientes tienen aspecto grande en toda la dentadura como en el gigantismo hipofisiario.

Debe diferenciarse un diente con macrodoncia respecto a los que presentan geminación o fusión dentaria que se describirán más adelante en este documento.



***Figuras 3 y 4.
Macrodoncia de incisivos centrales superiores***

iii. ENANISMO Y GIGANTISMO RADICULAR:

Anatómicamente las raíces dentarias normales presentan un tamaño proporcional a la longitud coronal de la siguiente forma:

Tamaño de raíz = tamaño y medio de corona anatómica.

- ENANISMO RADICULAR: Se usa este término para designar a una raíz dentaria que tiene dimensión menor a las medidas y proporciones establecidas, mientras que la corona es normal en tamaño.
- GIGANTISMO RADICULAR: Término que se usa para designar a una raíz dentaria con dimensiones mayores a las medidas y proporciones normales establecidas.

Estas anomalías son observadas radiográficamente (se verán en el capítulo de radiología, Diagnóstico II).

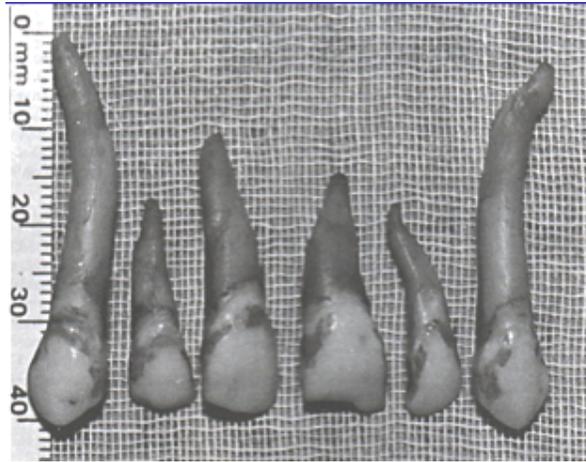


Figura 5.
Enanismo y gigantismo radicular

b. ALTERACIONES DE FORMA:

i. GEMINACIÓN: (Esquizodoncia)

Se llama geminación cuando existe duplicación total o parcial de un solo germe dentario en fases iniciales de su desarrollo. El resultado de esta afección a menudo se presenta como una fisura de profundidad variable, que divide la corona en dos partes iguales o desiguales produciendo una separación incompleta. Raramente se produce una separación completa de las dos coronas, pero en todo caso conserva una sola raíz y un solo conducto radicular.

Se desconoce la etiología de esta entidad, pero se sugiere que el traumatismo es una causa posible, aunque algunos autores lo asocian a un componente hereditario dominante.

La geminación afecta a la dentición primaria y la permanente, siendo más afectados los incisivos, dando apariencia inaceptable en cuanto a estética y puede causar apiñamiento.

Debido a la dificultad que se encuentra en un buen número de casos para diferenciar entre geminación y fusión, algunos autores han sugerido el término “**diente doble**” para el primero.

Aparece frecuentemente en el Síndrome de Down, embriopatía por talidomina y niños con paladar hendido

Es una alteración identificable clínicamente.

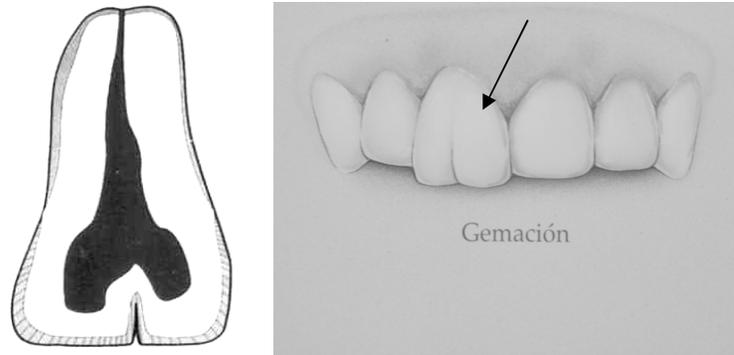


Figura 6.
Geminación



Figura 7.
Geminación Incisivo Central Superior Derecho.

ii. FUSIÓN (Sinodoncia)

La fusión es la unión de dos gérmenes dentales separados en desarrollo y como resultado se forma una sola estructura dental grande. Puede ocurrir entre dos dientes normales o entre uno normal y un supernumerario.

La etiología de esta entidad se desconoce, pero se sugiere que es provocado por la fuerza o presión física entre dientes en desarrollo.

Al igual que en la geminación, la fusión puede ser COMPLETA (involucrando corona y raíz) O INCOMPLETA (Involucrando solo las raíces de los dientes); esto dependerá de la etapa del desarrollo en que se encuentran los gérmenes dentarios.

La fusión afecta con mayor frecuencia a la dentición primaria en relación a la permanente.

Para identificar esta anomalía y diferenciarla de la geminación, se sugiere hacer lo siguiente: hacer un recuento de dientes visibles en las arcadas dentarias. Si faltara un diente del total que normalmente debieran existir y se presenta un diente con las características descritas antes, se puede pensar en una fusión dentaria. Se debe confirmar el diagnóstico de esta entidad con ayuda de métodos radiológicos.



Figuras 8 y 9.
Fusión Incisivo central superior y lateral inferior derecho

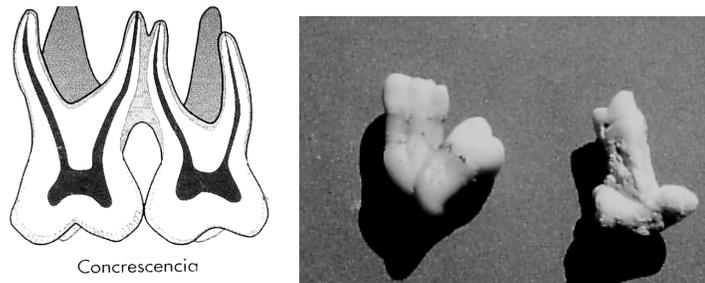
iii. CONCRESCENCIA:

Término usado para designar a un tipo de fusión dentaria en el cual dientes ya formados adyacentes uno de otro están unidos por cemento. Esto únicamente se puede diagnosticar por medios radiográficos (información proporcionada en el curso Diagnóstico II, tema radiología, tercer año de la licenciatura en Odontología, USAC).

La etiología de la concrescencia se asocia con el traumatismo o apiñamiento, pudiendo ocurrir antes o después de la erupción de las piezas dentales.

Se presenta a menudo en segundo y tercer molar superiores.

Se identifica radiográficamente.



Figuras 10 y 11.
Concrescencias dentales

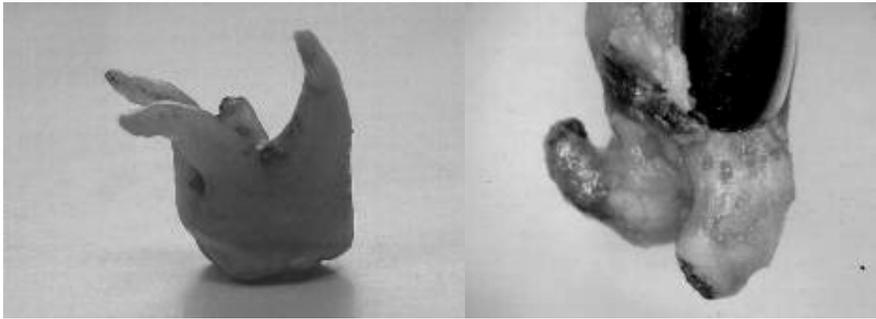
iv. DILACERACIÓN:

Es el nombre que se le da a una curvatura o angulación extraordinaria que pueden presentar las raíces dentales.

La etiología se asocia a traumatismos durante el desarrollo de la raíz. Cuando la corona y/o una porción de la raíz se desplazan a partir del resto de la raíz en desarrollo, puede

provocar angulación aguda después que la pieza dental concluye su desarrollo. En algunos casos se piensa que la causa pudiera ser el factor hereditario.

Se identifica radiográficamente.



*Figuras 12 y 13.
Dilaceraciones*

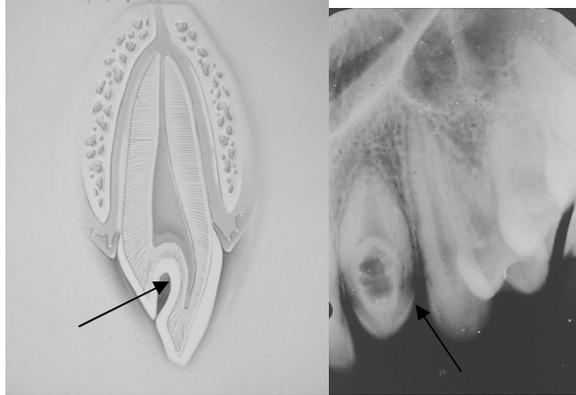
v. **DENS IN DENTE** (Diente invaginado o diente dentro de un diente)

Término usado para designar a la acentuación excesiva de la fosilla lingual en un diente. El diente afectado puede presentar la anomalía únicamente en la corona en casos superficiales, como también en la corona y raíz en casos de gravedad profunda.

Se ignora la etiología, pero Goaz y White en 1995 consideran que se origina a consecuencia de un repliegue anómalo del órgano del esmalte hacia la papila dental. Se cree que está asociado a factores hereditarios.

Se presenta con frecuencia en los incisivos laterales superiores permanentes; cualquier diente anterior también puede verse afectado por esta alteración y a menudo es bilateral. Ocasionalmente puede observarse en superficies oclusales de premolares y molares.

Solamente puede detectarse por medios radiográficos.



Figuras 13 y 14
Diente Invaginado (“Dens in dente”)

vi. DIENTE EVAGINADO: (“Dens Evaginatus”)

Sinónimos: Premolar tuberculado oclusal, premolar de Leong, odontoma evaginado, perla de esmalte oclusal)

Es una anomalía de desarrollo que se caracteriza por la presencia de un tubérculo anormal o cúspide accesoria en la superficie oclusal entre las cúspides bucal y lingual principalmente de premolares, es rara en molares. Puede ser unilateral o bilateral.

Puede resultar de la proliferación y evaginación de una porción del epitelio interno hacia el retículo estrellado del órgano de esmalte. Su etiología es desconocida, pero se ha sugerido un componente hereditario.

Ocurre con más frecuencia en los premolares de la mandíbula (“premolar de Leong”), pudiendo encontrarse también en el maxilar superior; La primera complicación dentaria del dens evaginatus es la fractura o desgaste del tubérculo lo cual conlleva a la exposición pulpar, necrosis pulpar e infección periapical.

Se identifica clínicamente.

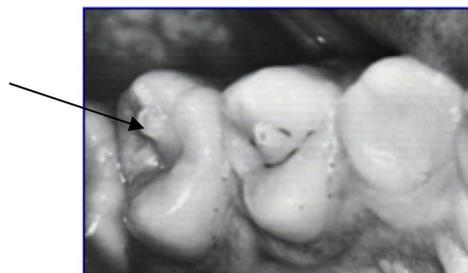


Figura 15
“Premolar de Leong”

vii. CÚSPIDE EN TALÓN (EN GARRA)

Se considera una cúspide adicional localizada en la superficie lingual de dientes anteriores y se extiende por arriba de la unión cemento esmalte hacia incisal. Su tamaño puede variar desde un cingulum agrandado hasta una verdadera cúspide en talón que puede llegar hasta el borde incisal, pudiéndose encontrar separado de la cara lingual o fusionado a ésta.

La mayoría se encuentra en piezas permanentes y con más frecuencia en los incisivos laterales superiores.

Similar a lo que sucede con el diente evaginado puede causar problemas oclusales, malposición dentaria y exposición pulpar después del desgaste por atrición o por fractura.



Figura 16
“Cúspide en garra”

viii. TAURODONTISMO:

El término taurodontismo fue primero usado por Sir Arthur Keith en 1913. Él usó la palabra "taurodont" (Tauro del latín "toro", y dont del griego "diente") para describir una cámara pulpar amplia en sentido ocluso-apical en una pieza dental multiradicular.

Por lo tanto, se le llama Taurodontismo a las piezas dentales que poseen cámaras pulpares que son de mayor tamaño respecto a lo normal en sentido ápico-oclusal; además, el piso de éstas se encuentra 2.5 mm. apical a la unión cemento-esmalte, según Shifman y Chanannel en 1978.

El taurodontismo es el resultado de un proceso discontinuo de crecimiento de un diente, en el cual hubo una alteración en la vaina de Hertwig. Esta vaina se invagina en el plano horizontal resultando un diente con raíces cortas, cuerpo y cámara pulpar alargadas.

Se asocia el Taurodontismo a Síndromes como Down y Klinefelter, y se ha observado en poblaciones prehistóricas como el hombre de Neanderthal.

Existen tres tipos, según Shaw en 1928:

- GRADO I: (HIPOTAURODONTISMO): Es cuando el piso de la cámara pulpar se encuentra entre la unión cemento-amélica y la línea de unión del tercio medio y tercio cervical de la raíz.
- GRADO II: (MESOTAURODONTISMO): Se presenta cuando el piso de la cámara pulpar se halla en el tercio medio de la raíz.

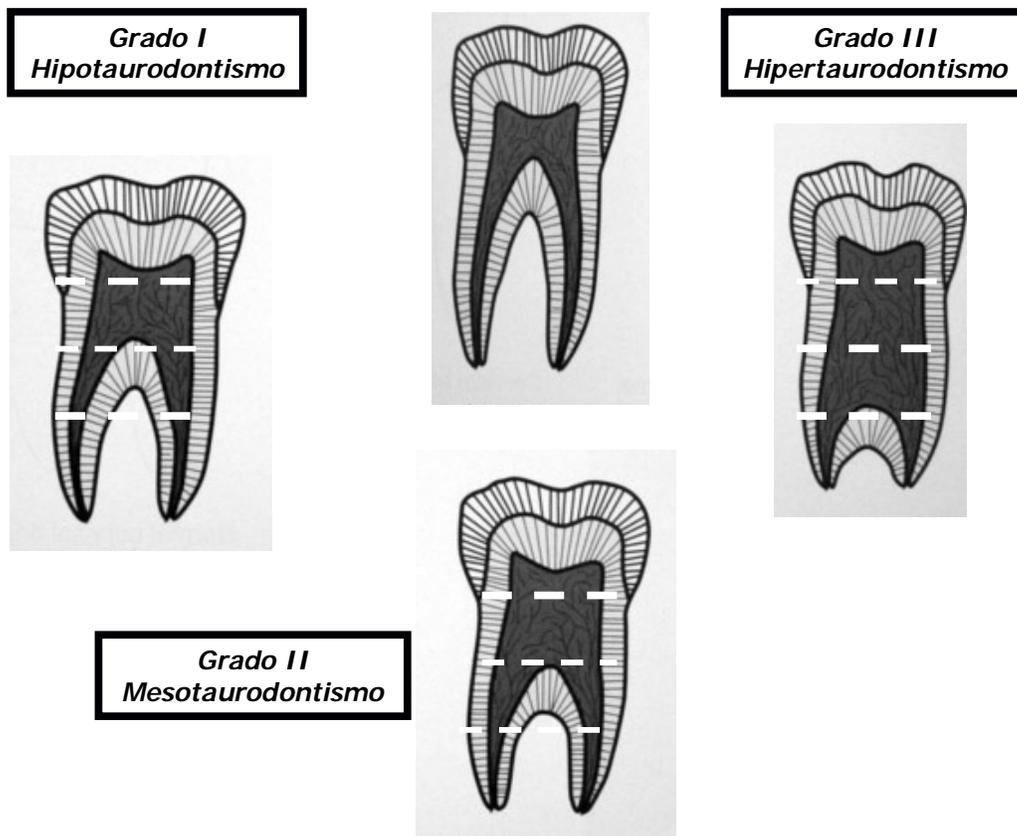
- GRADO III: (HIPERTAURODONTISMO): Observándose el piso de la cámara pulpar en el tercio apical de la raíz.

Su nombre se debe a la similitud que presenta con relación a las piezas dentales de los bovinos y otros ungulados.

Se detecta por medios radiológicos.



Figura 18
Molares con Taurodontismo



ix. RAICES SUPERNUMERARIAS:

Se le llama así a la formación de una o más raíces adicionales a lo normal. Éstas son de forma y tamaño variable y ocupan diversas posiciones en relación a las piezas dentales.

Probablemente se originan como consecuencia de la formación de diafragmas cervicales extras durante el desarrollo radicular.

Las raíces accesorias se observan con mayor frecuencia en caninos, premolares y molares inferiores (terceros molares).

Se observan radiográficamente.



x. PERLAS DE ESMALTE (GOTAS DE ESMALTE, ESMALTOMAS):

Se llama perla de esmalte al fragmento de esmalte, en forma de globo, adherido ectópicamente a la pieza dentaria. Pueden contener dentina y en algunas oportunidades un filamento de tejido blando que se origina de la cámara pulpar.

Se desconoce su etiología, pero se asocia a que en la formación de la raíz algunas células del estrato intermedio dentro de la vaina de Hertwig permanecen en contacto con la dentina radicular y bajo el efecto de este tejido se transforman en ameloblastos activos que depositan matriz orgánica de esmalte sobre la dentina radicular.

Existen tres tipos de perlas, de acuerdo a su localización.

- Radiculares
- Cervicales
- Coronales.

De acuerdo a su posición, pueden ser:

- Externas o extradentarias
- Internas o intradentarias

Se presentan con mayor frecuencia en piezas dentales con trifurcaciones o bifurcaciones radiculares. En primer orden de frecuencia están los molares superiores; en segundo, los molares inferiores. Algunas veces pueden observarse en premolares monoradiculares.

Se identifican clínico-radiográficamente.



Figuras 19 y 20
Perla de esmalte.

xi. PROYECCIONES CERVICALES DE ESMALTE:

Son prolongaciones en forma de “V” de tamaño variable con vértice hacia apical y base hacia oclusal. Pueden observarse en área de bifurcación radicular o en las superficies bucal, lingual/ palatino mesial o distal de la raíces. Se clasifican en tres grados (I, II y III) de acuerdo a sus dimensiones. Se considera que las proyecciones cervicales predisponen a enfermedades periodontales.

Grewe, Meskin y Millar en EE.UU. estudiaron 5,240 molares superiores e inferiores encontrando que la frecuencia varía desde 8.2% en las primeras molares superiores hasta el 35.5% en segundas molares inferiores. Se encontró que la superficie bucal es la más afectada y el grado I el que más se observa.

Su identificación es clínicamente, aunque algunas veces es importante apoyarse con medios radiográficos.

xii. DIENTE EN PALA:

Se conoce como diente en pala a los incisivos y caninos superiores e inferiores cuya superficie lingual/palatina presenta una fosa profunda de forma triangular, redondeada, limitada mesial y distalmente por rebordes prominentes que convergen en sentido cervical y se pliegan hacia la fosa lingual (figura 21). Algunas veces algunos de estos dientes presentan en la superficie labial rebordes marginales profundos y una concavidad central llamándose “diente doble en pala”.

Su identificación es clínica.

xiii. DIENTE EN BARRIL:

Se llama así a las piezas dentales anteriores cuya corona es de forma cilíndrica. Esto es a consecuencia de un sobre desarrollo del cíngulum, el cual alcanza la altura del tercio incisal de la corona dentaria y debido a ello no existe una fosa lingual (figura 22) y tampoco una cara lingual normal. La superficie labial de los dientes afectados es más pequeña de lo normal y hay diastemas en ambos espacios proximales vecinos. Las piezas dentales que frecuentemente están afectadas son los incisivos laterales superiores.

Se identifican clínicamente.

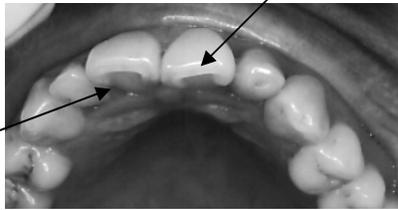


Figura 21.
Dientes en pala

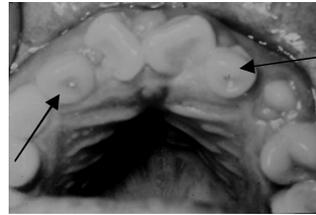


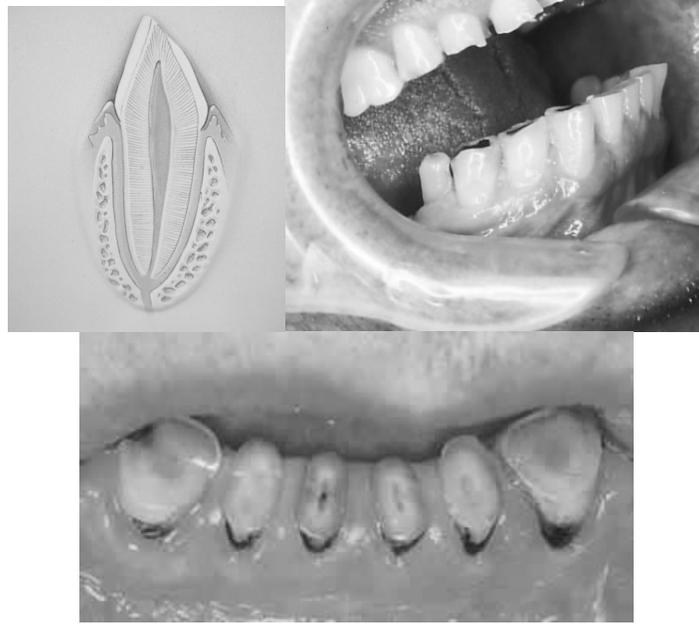
Figura 22.
Dientes en barril

xiv. ATRICIÓN:

Se llama atrición dentaria al desgaste fisiológico o patológico de los tejidos duros corales que ocurre como consecuencia del proceso de la masticación, afectando las superficies oclusales, bordes incisales, superficies linguales y bucales y puntos de contactos interproximales. Comienza como pequeñas facetas pulidas en las superficies dentarias y como un ligero aplanamiento de los puntos de contacto, gradualmente se reduce la altura cuspea borrándose al mismo tiempo la anatomía oclusal.

Esta anomalía se presenta en todas las personas en diferente grado, teniendo relación con la edad del paciente, la dieta en la que pudiesen existir más sustancias abrasivas, composición de la dentición (amelo/dentinogénesis imperfecta), musculatura mandibular y hábitos de la masticación (bruxismo y bruxomanía).

Se identifica clínicamente.



Figuras 23,24 y 25
Atrición dentaria

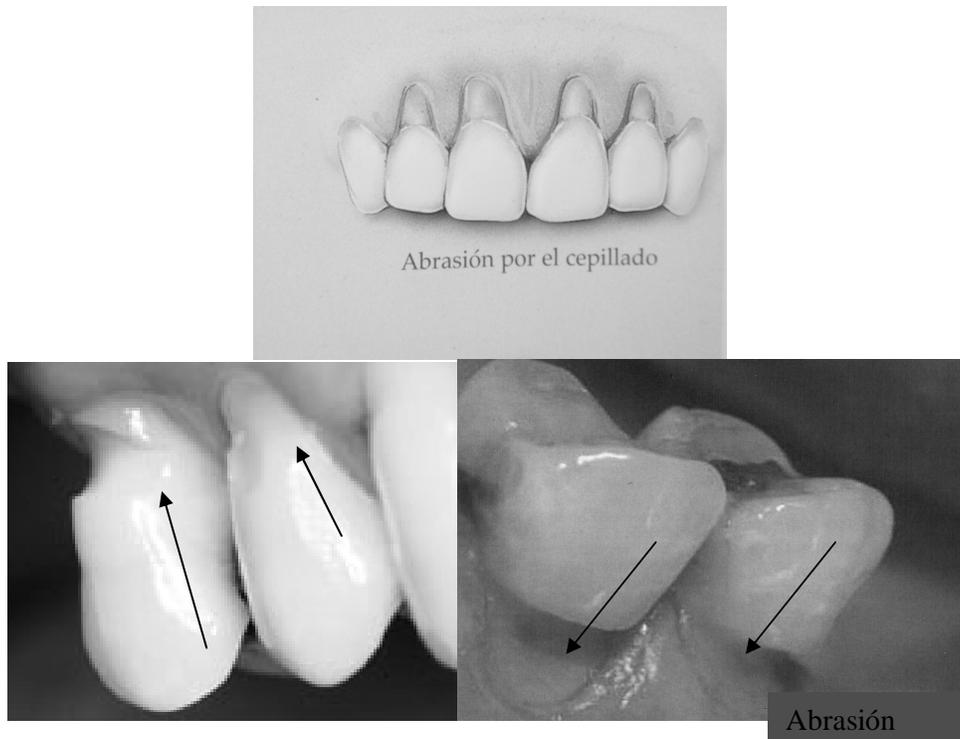
xv. ABRASIÓN:

Término que se usa para designar al desgaste patológico de los tejidos duros dentales como resultado de una acción mecánica anormal, un hábito o empleo anormal de sustancias abrasivas en la boca.

La abrasión se observa frecuentemente en las superficies radiculares descubiertas en piezas dentales en las cuales existe una retracción gingival (migración del periodonto apicalmente). Sin embargo la localización y el patrón de abrasión dependen directamente de la causa. Un patrón fácil de identificar es el llamado proceso de abrasión por el cepillado dental a lo largo de la unión cemento-esmalte, el cual es causado por el cepillado incorrecto. Se presenta como una lesión en forma de “V” (horizontal) o de “cuña” con paredes de dentina lisa y pulida que a menudo es hipersensible. En casos severos pueden ocurrir exposiciones pulpares y aún fracturas de las piezas dentales afectadas.

Otras formas menos comunes de abrasión están relacionadas con la ocupación del paciente. En estos casos la lesión dentaria es producida por la colocación de instrumentos u objetos duros, filosos, entre los dientes durante el trabajo. También se observan tipos característicos de abrasión como consecuencia de ciertos hábitos, tales como: fumar pipa, morder lapiceros o taponos de ellos, abrir ganchos de pelo, destapar botellas de bebidas, etc.

Se observa clínicamente.



***Figuras 25, 27 y 28
Abrasión por cepillado***

xvi. EROSIÓN

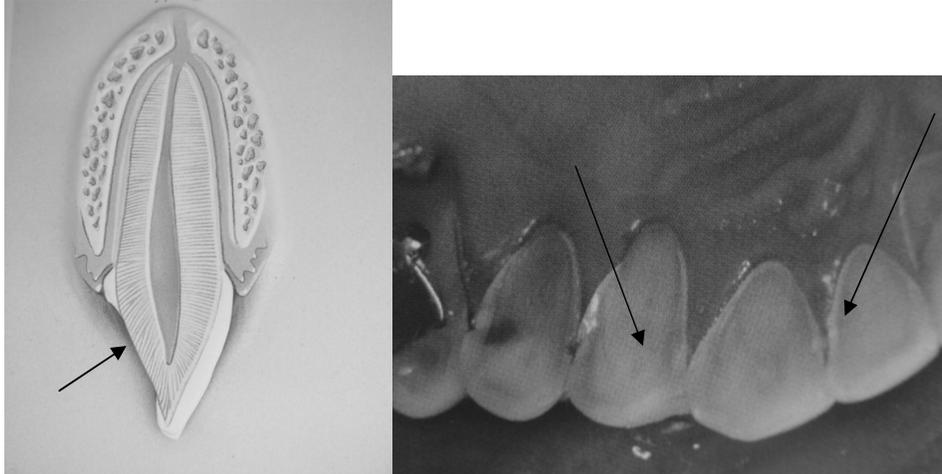
Término usado para designar a la destrucción o pérdida de la estructura del diente secundaria a un proceso químico no bacteriano. Las lesiones de erosión varían en forma, tamaño y con frecuencia afectan a varias piezas dentales siendo la típica lesión como una depresión poco profunda, amplia, lisa y muy pulida en la superficie del esmalte afectando generalmente al esmalte y en ocasiones a la dentina.

La etiología de erosión:

1. Algunos autores relacionan la erosión dental con el contenido de citrato de la saliva.
2. Además sugieren que un pH. bajo en los tejidos periodontales, como consecuencia de alteraciones tisulares periodontales.
3. Actualmente se cree que se relaciona a la producción interna de ácidos como la regurgitación del contenido gástrico (enfermedad por reflujo gástrico, anorexia nerviosa o del síndrome de bulimia) evidenciado esto como una lesión generalizada de las piezas dentales superiores en la superficie lingual y caras oclusales.
4. Bebidas carbonatadas, consumo de cítricos en exceso (succionarlos), y otros alimentos.
5. Factores contaminantes como la atmósfera ambiental ácida

Se ha descrito también un tipo peculiar de destrucción de los tejidos dentarios, que principia generalmente en el tercio cervical de piezas dentales que han recibido dosis altas de radiaciones, aunque algunos atribuyen la lesión de la Xerostomía concomitante.

Se observa clínicamente.



Figuras 29 y 30
Erosiones encara palatina de antero-superiores

xvii. ABFRACCIÓN:

Pérdida patológica de la estructura dentaria a nivel de la unión cemento-esmalte causada por fuerzas biomecánicas resultantes de fuerzas oclusales deflectivas (anormales), capaces de generar tensiones que se concentran en la región cervical, dando como resultado una flexión y fatiga del esmalte y dentina de la región y consecuentemente su desprendimiento.

Se puede diferenciar de la abrasión en que la abfracción se presenta en una pieza dental aislada existiendo trauma oclusal, y la abrasión se manifiesta con lesiones que son en 2 ó mas piezas dentales contiguas existiendo historia de acción mecánica.

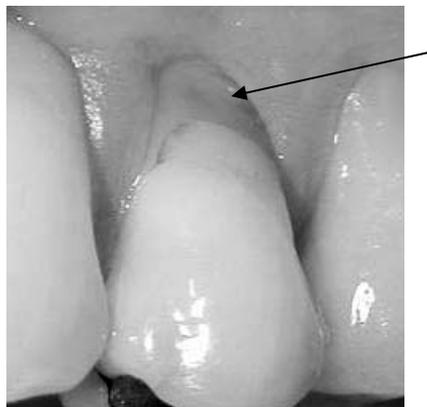


Figura 31.
Abfracción

c. ALTERACIONES DE NÚMERO:

i. ANODONCIA:

La anodoncia se caracteriza por la falta de formación de una o más piezas dentarias de la dentición primaria y/o permanente normal. Esta puede deberse a la falta de iniciación del germen dentario o a la detención del desarrollo en sus fases iniciales. En los casos de anodoncia de piezas dentales primarias, se esperaría también que ocurriera en la dentición permanente.

La etiología de la anodoncia es variable y en muchos casos imposible de establecer. Se han mencionado como factores causales los siguientes:

- I. Factores locales: infecciones, tumores, traumatismos, radiaciones.
- II. Factores sistémicos: Herencia, deficiencias nutricionales, alteraciones endocrinas, evolución de la especie humana.

Existen anodoncias parciales en el que se ve afectado uno o varios dientes; este tipo de anodoncia es común en dentición permanente. Por otra parte, la ausencia total o casi total de piezas dentarias es rara. No se ha podido demostrar diferencia entre ambos sexos en la prevalencia de anodoncia en diversas regiones del mundo.

La anodoncia total raramente se manifiesta, pero suele presentarse como parte del Síndrome de Displasia Ectodérmica Hereditaria, que se transmite a menudo como una enfermedad recesiva vinculada al cromosoma X.

La alta frecuencia de anodoncia en el hombre moderno, está directamente asociada con una tendencia evolutiva a tener maxilares más pequeños. Sin embargo esta especulación no tiene bases adecuadas y no ha podido ser probada científicamente.

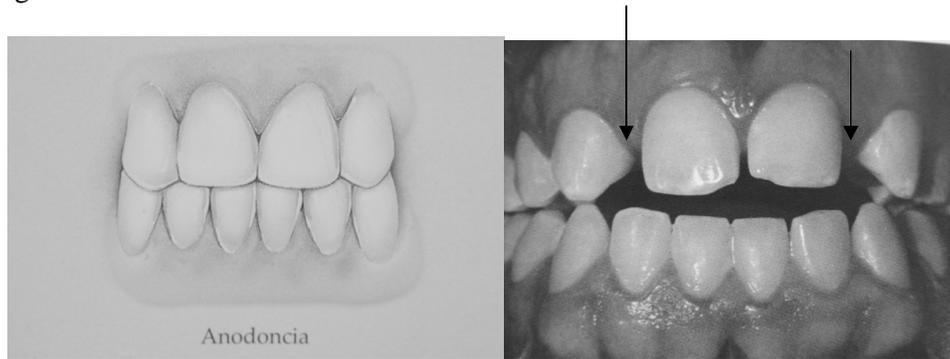
En pacientes que han recibido dosis altas de radiaciones en la cara o cavidad oral, durante la formación de las piezas dentales, son afectadas las piezas dentales en el área de la radiación.

Gorlin y Pindborg, incluyen la anodoncia entre las manifestaciones orales de varios síndromes craneofaciales como: paladar hendido y labio leporino, síndrome de Aglosia y Adactilia, Disostosis Craneofacial y otros.

Las piezas dentales que presentan anodoncia frecuentemente son los terceros molares, seguido de los segundos premolares e incisivos laterales superiores.

Existe una anomalía llamada pseudo-anodoncia o falsa anodoncia en la que las piezas dentales se desarrollan y no erupcionan a causa de una obstrucción física, como por ejemplo apiñamiento dental provocado por falta de espacio, como en el caso de los molares inferiores y caninos superiores. También en algunas oportunidades es producto de la anquilosis dental, la cual consiste en la fusión de las piezas dentales con el hueso alveolar. En algunas oportunidades se puede presentar falsa anodoncia en algunos síndromes como en la Disostosis Cleidocraneal Hereditaria, en el que las piezas dentales afectadas formadas no hacen erupción.

Se requiere para su identificación: historia dental, inspección clínica y comprobación radiográfica.



Figuras 32 y 33
Anodoncia de incisivos laterales



Figuras 34 y 35
Anodoncia incisivos centrales permanentes, ausencia de gérmenes permanentes

ii. SUPERNUMERARIOS:

Llamadas también “tercera dentición”, “hiperplasia dentaria”, “hiperodoncia”, “dientes aberrantes”, “dientes suplementarios”, superdentición”, “polidontismo”, “dientes conoidales y dientes accesorios”.

Esta anomalía se caracteriza por la formación de piezas dentales en número mayor que lo normal, a consecuencia de la proliferación continua de la lámina dentaria permanente o primaria para formar un tercer germen. Los supernumerarios pueden tener forma y tamaño normal o bien ser deformes o de tamaño reducido en comparación a las piezas dentales normales.

Se clasifican según su tamaño, localización, origen y frecuencia. Pueden ser únicos o múltiples, unilaterales y bilaterales y afectan a cualquiera de los maxilares o ambos a la vez, siendo en el maxilar superior con más frecuencia.

Pueden ocurrir distalmente a los terceros molares, recibiendo el nombre de “cuartos molares”. Cuando se presentan en posición bucal o lingual a los molares se les conoce como “paramolares” (variante del “Tubérculo Paramolar”). A los incisivos centrales

superiores supernumerarios y que se encuentran en la línea media se llaman “mesiodens”.

Se presentan en una proporción de (10:1) en el maxilar superior respecto al inferior; más frecuente en la dentición permanente que en la primaria y de 5:3 en cuanto al sexo (hombre: mujer) Estudios en Guatemala reportan que el 38% de las piezas dentales supernumerarias corresponden al tipo Mesiodens.

En el maxilar superior pueden existir principalmente en la línea media anterior, entre incisivos centrales, “mesiodens”. Estas piezas dentales son casi siempre únicas y ocasionalmente son dobles o aún triples, alineadas en el reborde alveolar o desviado hacia bucal o palatino presentando a menudo la corona cónica y la raíz corta, pero en otras oportunidades la corona dental recuerda a la forma de una roseta o de un desatornillador de doble esfuerzo. Los mesiodens pueden estar retenidos y se han observado en una posición totalmente invertida. Sedano y Gorlin, señalan que el Mesiodens es más frecuente en hombres que en mujeres (2:1). Los Mesiodens, pueden presentarse acompañados de:

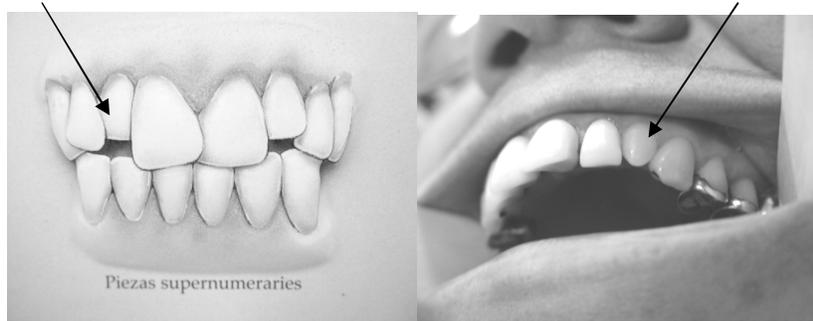
- Diastemas entre incisivos centrales
- Desplazamiento de los incisivos centrales
- Falta de erupción de uno o más incisivos.
- Quistes.

Cuando la pieza dental supernumeraria se parece a una normal, se le da el nombre de la pieza a que se asemeja seguido de la palabra “supernumerario”. Cuando por el contrario, su forma no tiene similitud con una pieza normal se le conoce simplemente como supernumeraria y se indica el área donde se encuentran.

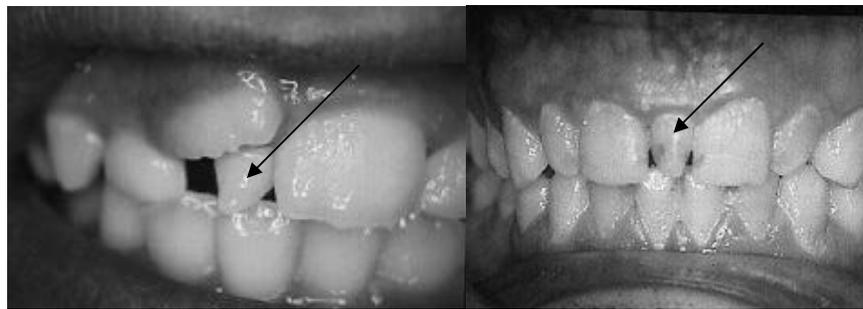
Se ha comunicado que el 75% de los premolares supernumerarios están retenidos. Existen varias condiciones sistémicas que se acompañan frecuentemente de dientes supernumerarios, entre ellos están: Síndrome de Gardner; Disostosis Oro-digito-Facial; Disostosis Cleidocraneal (síndrome de Scheuthauer Marie-Sainton).

Las piezas dentales supernumerarias presentes desde el nacimiento son conocidas como dientes natales y a la aparición de supernumerarios posterior a la pérdida de los dientes permanentes se conoce como dentición Post-permanente o dientes neonatales.

Se identifica clínicamente y en algunas oportunidades por medio de radiografías.



*Figuras 36 y 37.
Lateral supernumerario*



*Figura 38
Supernumerarios entre incisivos centrales, "mesiodens"*



*Figura 39
Supernumerarios*

BIBLIOGRAFIA

1. López, C., **Manual de Patología Oral**. Colección Aula.
2. Regezi, Joseph, Patología Bucal, 1999 Editorial McGraw-Hill Interamericana, S.S. de C.V. México 3era. Edición Págs.: 456-482
3. Sapp. L.R.E. (2000). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Ed. Harcourt, Madrid España, pp. 126,127.
4. Shafer W., **Tratado de Patología Bucal** 1986, Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México, 4ta. Edición.
5. Brufato JA., Carvalho JR., Saquy P C., Dental Anomaly: Dens Evaginatus (Talon Cusp). Braz Dent J (2001) 12(2): 132-134.
6. Canaval, C, Perea M. Kanashito C, Mayo A, Dientes supernumerarios en Odontopediatria, Rev. Estomatol Herediana 2003;13(1-2):27-29
7. Iglesias-Puig MA., Arellano-Cabornero A, López-Areal B. Anomalías Dentarias de Unión: Fusión dentaria. ROOE 2005; 10(2):209-214.
8. www.uves/medicina-oral
9. www.cda-adc.ca/jadc/vol-69/issue-6/362.pdf
10. www.odontocat.com

Hgchm/2011