

Mesiodens e incisivos centrales superiores retenidos con enanismo radicular y raíz dilacerada. Reporte de caso clínico

Mesiodens and upper central incisors retained with root dwarfism and dilacerated root. Clinical case report

María del Cisne Mora Ramírez ^a, Kemberly Gabriela Viera Mena ^a, Silvia Machay Tocte ^{ab}, Nathaly Mishell Reinoso Carrasco ^a
^a Odontóloga General, Investigadora Autónoma
^b Cirujana Maxilofacial

RESUMEN

Los mesiodens son un tipo de diente supernumerario que aparece con mayor frecuencia en la dentición definitiva, son piezas ubicadas generalmente en línea media del maxilar superior, de etiología desconocida, pero la teoría más aceptada es por una hiperactividad de la lámina dental durante la morfogénesis. El fin de este trabajo es describir el caso de un paciente de sexo masculino de 14 años sin antecedentes patológicos de interés. Al análisis clínico intraoral presenta un órgano dental en la línea media del maxilar superior compatible con un mesiodens y otro incluido ubicado a nivel de piso de fosas nasales. Al análisis tomográfico existe presencia de una zona hiperdensa entre incisivos superiores con característica compatible a un mesiodens, en un corte sagital se observa una zona hiperdensa a 7mm del reborde alveolar con dirección hacia el piso de las fosas nasales, estructura dental invertida con un diámetro de 8mm, ubicación ectópica. Se puede apreciar aspecto de enanismo radicular en incisivos centrales superiores incluidos no favorables para el paciente.

Palabras clave: Mesiodens; Diente Incluido; Raíz Dilacerada; Alteración de la Erupción. ([Fuente: DeCS BIREME](#))

ABSTRACT

Mesiodens are a type of supernumerary tooth that appears more frequently in the definitive dentition, they are pieces generally located in the midline of the upper jaw, of unknown etiology, but the most accepted theory is due to a hyperactivity of the dental lamina during morphogenesis. The purpose of this work is to describe the case of a 14-year-old male patient with no relevant pathological history. The intraoral clinical analysis shows a dental organ in the midline of the upper jaw compatible with a mesiodens and another included located at the level of the nasal cavity. On tomographic analysis there is presence of a hyperdense area between upper incisors with a characteristic compatible with a mesiodens, in a sagittal section a hyperdense area is observed 7mm from the alveolar rim towards the floor of the nostrils, an inverted dental structure with a diameter of 8mm, ectopic location. An aspect of root dwarfism can be seen in the included upper central incisors that are not favorable for the patient.

Key words: Mesiodens; Included Tooth; Dislocated Root; Eruption Alteration. ([Source: MeSH NLM](#))

Recibido: 22 de marzo de 2022

Aprobado: 16 de enero de 2023

Publicado: 28 de marzo de 2023

Correspondencia:

Kemberly Gabriela Viera Mena
Quito, Ecuador.

Correo electrónico: gabyabril6@hotmail.com

Teléf.: 09985683457

Este es un artículo de acceso abierto distribuido
bajola licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC BY 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>



INTRODUCCIÓN

Durante el crecimiento y desarrollo del niño, la supervisión y control oportunos son claves para la detección de diferentes anomalías o alteraciones, en dentición primaria y permanente. Una de las alteraciones posibles de hallar, es la del desarrollo dentario, como la anomalía de número: hiperdoncia o dientes supernumerarios ⁽¹⁾.

El término diente supernumerario, se refiere al exceso en el número de dientes en ambas denticiones. Pueden ser únicos, múltiples, unilaterales o bilaterales, de morfología normal o alterada, erupcionados, impactados o retenidos. Muchos supernumerarios son asintomáticos y son descubiertos solo durante el examen clínico o el examen radiográfico ⁽²⁾.

Un mesiodens es un diente supernumerario localizado en la región de los incisivos centrales superiores. Es el diente supernumerario más común. Representa el 50-80% del total de ellos. Puede presentarse como único o múltiple en un mismo individuo, así como coincidir con otros dientes supernumerarios o con agenesia de otros dientes. La frecuencia varía entre 0,15-2,65% y predomina en el sexo masculino. El 80-90% aparece en el maxilar superior. La situación más habitual es que se encuentre incluido completamente y sólo esté erupcionado en un 25% de los casos ⁽³⁾.

La retención dentaria asociada a un diente supernumerario suele diagnosticarse mediante la exploración clínica y los estudios radiológicos convencionales (ortopantomografía, radiografía oclusal y periapical). Sin embargo, en ocasiones resulta difícil localizarlos o excluir otras patologías asociadas. En los niños principalmente, se ha incrementado el uso de la CBCT para los dientes supernumerarios ya que nos ayuda a observar las estructuras anatómicas importantes para poder realizar un adecuado plan de tratamiento, sin dañar estructuras ni dientes adyacentes ⁽⁴⁾.

El diagnóstico correcto es un factor fundamental para conseguir la alineación de estos dientes en la arcada dental. Hay casos en que el tratamiento debe ser conservador y es necesario eliminar al responsable del factor de retención para que el diente erupcione. En otros casos, sin embargo, la exposición quirúrgica y la tracción ortodóncica, son necesarias ^(4, 5,6).

Los dientes supernumerarios también pueden encontrarse en la cavidad nasal, la cavidad oftálmica, el seno maxilar y el mentón ^(5,6).

Pueden encontrarse en distintas regiones de los maxilares además distintas localizaciones entre ellas se encuentran los (mesiodens) presentes en la línea media siendo el más común de los casos; le siguen los premolares (parapremolares), los laterales y los molares (paramolar) ^(4,7).

Estas piezas dentarias originan complicaciones clínicas como reabsorción radicular de dientes vecinos, alteraciones en la oclusión, pueden ocasionar mal posición dentaria, diastema inter incisal o retraso en la erupción ⁽⁸⁾.

Los dientes supernumerarios son cinco veces menos frecuentes en la dentición primaria. Tienen una prevalencia que oscila entre el 0.1 y el 3.6% en la dentición permanente, y entre 0.3 y 0.8% en la dentición primaria, observándose variaciones de acuerdo con la raza. Los hombres se ven afectados aproximadamente el doble de frecuencia que las mujeres ^(9,10).

En general, la etiología es poco conocida. La teoría filogenética, la hiperactividad de la lámina dental, la dicotomía de la lámina dental y la influencia de los factores ambientales se informan como posibles mecanismos de formación de supernumerarios. La predisposición genética y hereditaria puede jugar también un papel importante ⁽¹¹⁾. También se ha asociado la presencia de dientes supernumerarios con algunos síndromes tales como: Displasia cleidocraneal, síndrome de Gardner y fisura-labio-palatina ⁽¹²⁾.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 14 años, asiste a consulta acompañado de su madre, a la clínica de Odontología Serodu de la Universidad Tecnológica Equinoccial (Quito, Ecuador). Motivo de su consulta dolor en una muela de evolución una semana. A la exploración intraoral, se evidencia ausencia de incisivos centrales superiores, presencia de mesiodens erupcionado de forma cónica, ubicado mesial de pieza #12, alteración en la oclusión, tumefacción a nivel de margen gingival de pieza #22 con cambio de coloración y dolor a la palpación, caries en piezas dentales, persistencia de pieza #75. Se realiza radiografía periapical de zona anterior (incisivos) y se observa presencia de piezas retenidas incisivos centrales superiores y un órgano dental de forma cónica (mesiodens). Se solicita medios de diagnóstico complementarios: Radiografía panorámica y tomografía computarizada (CBCT) de maxilar superior para valorar posición, tamaño y relación

con estructuras anatómicas adyacentes de piezas retenidas.

En exámenes radiográficos se evidencia presencia de mesiodens incluido ubicado en el

cuadrante II a nivel de piso de fosas nasales. Así como presencia de piezas N° 11 y 21 incluida con enanismo radicular y raíz dilacerada ubicada a nivel de piso de fosas nasales.



Figura 1. Vista en oclusión (A) y de arcada superior (B). Aspecto de un mesiodens entre los incisivos de forma cónica



Figura 2. Radiografía Panorámica. Presencia de mesiodens en línea media e incisivos centrales con enanismo radicular



Figura 3. Tomografía Computarizada, corte sagital (A) y reconstrucción 3D (CBTC) (B)

Plan de tratamiento.

Exodoncia de incisivos pieza N° 11, 21 incluidos con enanismo radicular y raíz dilacerada, mesiodens incluidos más colocación de hueso liofilizado, membrana reabsorbible y rehabilitación de mesiodens erupcionado, usando resinas de esmalte y dentina, para dar forma, tamaño, dimensiones de incisivo central. No se puede realizar tracción ortodóncica por la edad del paciente y por qué la raíz de los órganos dentales incisivos centrales superiores presenta enanismo radicular, el ápice se encuentra cerrado.

Procedimiento Quirúrgico. Se explica el procedimiento al paciente y familiares, se había solicitado exámenes de laboratorio previos, en los que el paciente se encuentra estable y favorable hemodinámicamente. Se procede a tomar signos vitales, se realiza asepsia y antisepsia del mismo, se coloca campos quirúrgicos al paciente, se procede a aplicar solución anestésica lidocaína al 2% con

vasoconstrictor. Posteriormente se realiza marcación del tipo de incisión a realizar, incisión festoneada Newman completo a nivel del margen gingival rodeando los cuellos dentarios con hoja de bisturí N° 15 más exposición del lecho quirúrgico. Se procede a realizar osteotomía con adecuada refrigeración para liberar al órgano dentario incluido pieza N°11. Se visualiza corona del diente y se procede a su luxación, se efectúa curetaje y se lima el hueso.

Posteriormente se realiza osteotomía para liberar órgano dentario N°21, se visualiza corona y se procede a su luxación removiendo la pieza. Por último, se visualiza corona de mesiodens incluido y se procede a su luxación y remoción. Posterior se hace lavado con solución fisiológica en el campo quirúrgico y se procede a colocación de hueso. El hueso usado en este caso fue de granulo fino Bio-Oss (Geistlich), Granulo 0.25mm-1mm. (1,5 g=1.5cc.). El origen fue bovino.

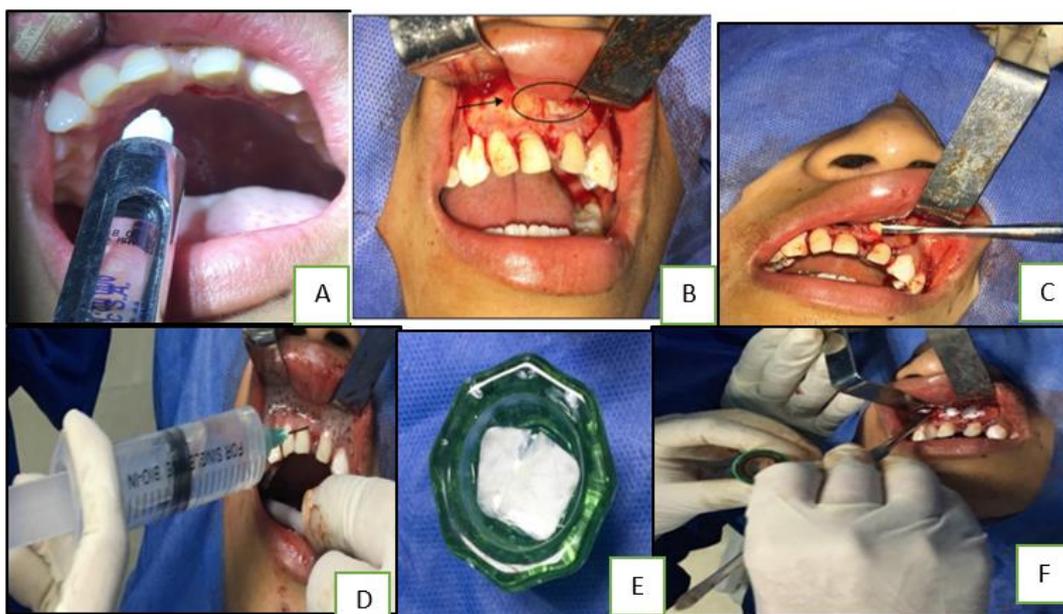


Figura 4. Colocación de anestesia local (A), incisión festoneada de Newman a nivel del margen gingival (B), osteotomía para liberar el órgano dentario N°11 (C), irrigación del campo (D), membrana reabsorbible tamaño 15mm x 22mm (Biomec Cx) (E) y colocación del hueso (F)

Se procede posterior a esto a colocar membrana reabsorbible, el tamaño de esta fue de 15 mm x 22mm (Biomec Cx). Su composición es de colágeno (Biotechnological Collagen Membrane) 3Biomat. Se procede a dividir la

membrana para cada una de las cavidades respetando el frenillo y la espina nasal anterior. Finalmente se realiza reposición del colgajo afrontando las papilas vestibulares y se sutura con seda 3/0.



Figura 5. Colocación de membrana reabsorbible (A), reposición de colgajo (B) y sutura de la zona (C)



Figura 6. Dientes retenidos y mesiodens con su respectivo saco folicular



Figura 7. Control postquirúrgico a los tres días de evolución. Se realiza lavado con clorhexidina al 2% y suero fisiológico, se observa una leve inflamación, se realiza curación plana y se indica seguir las indicaciones postquirúrgicas



Figura 8. Control postquirúrgico de seis días de evolución. Se realiza curación plana con clorhexidina al 2% y suero fisiológico y se indica seguir las indicaciones postquirúrgicas



Figura 9. Control postquirúrgico de 13 días de evolución favorable y estable buena adherencia de papilas interdentales encía libre y adherida. Se realiza curación plana con clorhexidina al 2% y suero fisiológico y se indica seguir las indicaciones postquirúrgicas



Figura 10. Control postquirúrgico de 16 días de evolución favorable y estable se procede a retirar puntos de sutura. Se indica continuar con los tratamientos respectivos de valoración de ortodoncia y rehabilitación oral

DISCUSIÓN

Según la literatura revisada. Existen investigaciones que mencionan, que el diagnóstico correcto es un factor fundamental para conseguir la alineación de estos dientes en la arcada dental. Hay también casos en que el tratamiento debe ser conservador y es necesario eliminar al responsable del factor de retención para que el diente erupcione. En otros casos, sin embargo, la exposición quirúrgica y la tracción ortodóncica, son necesarias ^(4, 5,6). En este caso la exodoncia y la utilización de hueso liofilizado más membrana reabsorbible y uso de resinas para restaurar mesiodens e incisivos laterales superiores fue bastante satisfactorio, ya que se eliminó posibles patologías como quistes y tumores, debido a la edad del paciente no era permitido la tracción ortodóncica porque el ápice de este órgano dental ya se encontraba cerrado.

Los dientes mesiodens son los más comunes entre los dientes supernumerarios, ubicados mesialmente con respecto a los dos incisivos centrales, en una posición normal o invertida ⁽¹³⁾.

Muchos estudios muestran que la presencia de mesiodens afecta a los hombres más que a las mujeres, en una relación 2:1 ⁽¹³⁾. Lo que concuerda con nuestro caso debido a que el paciente era de género masculino. Sigua y colaboradores encontraron una relación entre géneros de 2,5:1, a favor del género masculino ⁽¹⁴⁾.

De acuerdo con Díaz et al. (2016) los dientes supernumerarios pueden ser únicos, múltiples, unilaterales o bilaterales, de morfología normal o alterada, erupcionados, impactados o retenidos. Lo que concuerda con este caso porque los dientes presentados fueron de morfología alterada uno erupcionado y otro retenido ⁽²⁾.

Según Maddalone et al. (2018) los dientes supernumerarios originan complicaciones clínicas como reabsorción radicular de dientes vecinos, alteraciones en la oclusión, pueden ocasionar mal posición dentaria, diastema interincisal o retraso en la erupción. Lo que concuerda con este caso debido a que se puede observar que existe alteración en la

oclusión, diastema interincisal y retraso en la erupción ⁽⁸⁾.

Finalmente, Sebastián et al. (2016) mencionan que la retención dentaria asociada a dientes supernumerarios suele diagnosticarse a través de la exploración clínica, así como de ayuda de exámenes radiográficos lo que coincidimos con el caso debido a por medio de estos métodos pudimos evidenciar la presencia de incisivos centrales superiores retenidos, así como de un mesiodens. Estos autores también mencionan que la Tomografía Computarizada es el método adecuado para elegir el plan de tratamiento debido a que nos permite observar estructuras anatómicas adyacentes y de esta forma no dañar estructuras importantes, así como dientes ⁽⁴⁾.

CONCLUSIÓN

El tratamiento planteado en nuestro caso fue de éxito ya que con la extracción del mesiodens e incisivos centrales superiores retenidos se eliminó posibles patologías como quistes y tumores, no se realizó tracción ortodóncica porque los órganos dentales incisivos centrales superiores ya presentaban su ápice cerrado debido a su edad, eh aquí la importancia de un diagnóstico clínico y radiográfico temprano, lo que indicaría que un plan de tratamiento tomado con un equipo multidisciplinario era el mejor en este caso, así también se mejoró en parte la estética del paciente cambiando la morfología de los incisivos laterales y del mesiodens erupcionado dándole forma de central lo que provocó un cambio bastante importante en relación con el inicio de su tratamiento en el que sus dientes no tenían armonía, devolviendo así autoestima y disminuyendo el diastema interincisal que se produciría si sacábamos el mesiodens erupcionado, todo esto hasta que el paciente cumpla la mayoría de edad y opte por implante o puente Maryland.

Contribuciones de autoría

MCMR, KGVM, SEMT y NMRC: Diseñaron el estudio, revisaron la literatura, aportaron el material de estudio, obtuvieron los datos, analizaron e interpretaron los resultados, redactaron el artículo, realizaron la revisión crítica y aprobaron el manuscrito. KGVM y NMRC: asesoría técnica. SEMT: financiamiento

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Rivas Gutiérrez, J., & Carlos Sánchez, M. D. (2016). Diente supernumerario mandibular: caso clínico. *Revista Nacional De Odontología*, 12(22), 78-86. <https://doi.org/10.16925/od.v11i21.910>
2. Díaz Hernández MJ, Aragón Abreu JE, Díaz Martí DM. Dientes supernumerarios retenidos. Presentación de 2 casos. *MEDICIEGO* [Internet]. 2015 [citado 2016 Feb 23]; 21(2): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/400/846>
3. Díaz Ortiz M.L., Vicente Rodríguez M.. Mesiodens: presentación de tres casos. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2010 Mar [citado 2021 Dic 02] ; 12(45): 79-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100009&lng=es.
4. Sebastián C, Izquierdo B, Gutiérrez C. Aso A. Dientes supernumerarios: claves esenciales para un adecuado informe radiológico. *Rev Argent Radiol*. 2016; 80:258-67. DOI: [10.1016/j.rard.2016.10.005](https://doi.org/10.1016/j.rard.2016.10.005)
5. Reyna Leyva AM, Vázquez Isla D, Díaz J, Tamayo Chaveco S, Mesa Pupo M. Terapéutica quirúrgico-ortodóncica en adultos con dientes supernumerarios múltiples. Presentación de caso. *CCM* [Internet]. 2018 Jun; 22(2): 346-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000200015 [Links]
6. Flores Carrillo CL, Santiesteban Ponciano FA, Gutiérrez Rojo JF. Tratamiento de ortodoncia en paciente con tendencia a clase III con presencia de diente supernumerario. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. [Internet]. 2017 Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-47/> [Links]
7. Sane VD, Chandan S, Patil S, Patil K. Cone Beam Computed Tomography Heralding New Vistas in Appropriate Diagnosis and Efficient Management of Incidentally Found Impacted Mesiodens. *J Craniofac Surg*. 2017 Mar;28(2):e105-e106. doi: 10.1097/SCS.00000000000003160. PMID: 27984430.
8. Maddalone M, Rota E, Amosso E, Porcaro G, Mirabelli L. Evaluation of Surgical Options for Supernumerary Teeth in the Anterior Maxilla. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018 Jul-Aug;11(4):294-298. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1529. Epub 2018 Aug 1. PMID: 30397373; PMCID: PMC6212659.
9. Omami, M., Chokri, A., Hentati, H., & Selmi, J. (2015). Cone-beam computed tomography exploration and surgical management of palatal, inverted, and impacted mesiodens. *Contemporary clinical dentistry*, 6(Suppl 1), S289–S293. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.166815>

10. Burhan AS, Nawaya FR, Arabi Katbi ME, Al-Jawabra AS. Prevalence of supernumerary teeth in a nonsyndromic Syrian sample. *J Egypt Public Health Assoc.* 2015 Dec;90(4):146-9. doi: 10.1097/01.EPX.0000475614.20865.db. PMID: 26854894.
11. McBeain M, Miloro M. Characteristics of Supernumerary Teeth in Nonsyndromic Population in an Urban Dental School Setting. *J Oral Maxillofac Surg.* 2018 May;76(5):933-938. doi: 10.1016/j.joms.2017.10.013. Epub 2017 Oct 16. PMID: 29127774.
12. Lubinsky M, Kantaputra PN. Syndromes with supernumerary teeth. *Am J Med Genet A.* 2016 Oct;170(10):2611-6. doi: 10.1002/ajmg.a.37763. Epub 2016 Jun 2. PMID: 27250821.
13. Giovanetti K, Sigua-Rodriguez EA, Pacheco L, Figueiredo EP, Albergaria-Barbosa JR. Mesiodens. A case report. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2016; 28(1): 210-219. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v28n1a12>
14. Rebolledo-Cobos M, Escalante-Fontalvo M. Mesiodens en posición inusual: reporte de un caso. *Revista Duazary* 2015;12:64-8. [Google Scholar]

María del Cisne Mora Ramírez
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0573-1529>
Correo: mariadelcisne14@gmail.com

Kemberly Gabriela Viera Mena
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1695-9756>
Correo: gabyabril6@hotmail.com

Silvia Eugenia Machay Tocte
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6286-0013>
Correo: silvy19@hotmail.com

Nathaly Mishell Reinoso Carrasco
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1610-2536>
Correo: nathymishell@gmail.com

Copyright © La revista. La revista Kiru es publicada por la Facultad de Odontología de la [Universidad de San Martín de Porres](#), en Lima, Perú.