

EXODONCIA DE DOS MESIODENS QUE IMPIDEN LA ERUPCIÓN DE LOS DOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES

Autor:

*Natale Magallanes Abad
Alumno del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.*

*Dr. Daniel Torres Lagares
Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Becario de Docencia e Investigación de la Universidad de Sevilla*

*Dr. José Luis Gutiérrez Pérez
Director del Equipo Docente de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Profesor Titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario
Virgen del Rocío*

Exodoncia de dos mesiodens que impiden la erupción de los dos incisivos
centrales superiores

Magallanes N, Torres D, Gutiérrez JL

Revista Secib On Line 2006;4:26-35

ISSN 1697-7181



INTRODUCCIÓN

Conocemos por hiperodoncia la existencia de un número excesivo de dientes en relación con la fórmula dentaria normal. La mayoría de estos dientes supernumerarios se localizan en el maxilar superior con una fuerte predilección por la región anterior y cuando aparecen en esta posición anterosuperior reciben el nombre de mesiodens, encontrándose el 80-90% por palatino.

La etiología de la hiperodoncia aún no es muy conocida por lo que se han propuesto varias teorías, siendo la más aceptada y relevante la de la hiperactividad de la lámina dentaria.

Respecto a su morfología se clasifican en suplementarios y en rudimentarios. La suplementarios son aquellos que se presentan en la dentición caduca y no poseen variabilidad anatómica alguna y los rudimentarios tiene una mayor variabilidad anatómica (dismórficos, tuberculados o conoides) y se suelen presentar en la dentición permanente.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso clínico de un paciente varón de 11 años de edad que acude a las consultas externas de Cirugía Oral y Maxilofacial de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla remitido por su dentista por presentar ambos incisivo centrales superiores retenidos por la presencia de dos dientes supernumerarios que impiden su erupción. Las pruebas complementarias realizadas fueron una proyección de Hirtz (Figura 1) y una radiografía lateral de cráneo (Figura 2) para la localización antero-posterior de los mesiodens.



Fig.1. Proyección de Hirtz

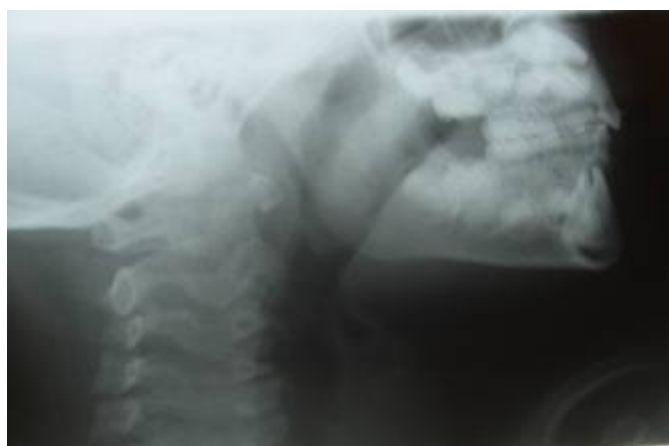


Fig.2. Radiografía lateral de cráneo

La actitud terapéutica a seguir una vez valoradas las pruebas radiológicas es la exodoncia de ambos mesiodens con un abordaje vestibular. La secuencia clínica de actuación fue la siguiente:

1. Anestesia infiltrativa en fondo de vestíbulo a nivel del nervio dentario anterior y palatina troncular del nervio nasopalatino de Scarpa.

2. Incisión trapezoidal de Neumann con dos descargas en distal del 12 y del 22. (Figura 3)



Fig.3. Incisión trapezoidal de Neumann

3. Despegamiento cuidadoso del colgajo para mantener su integridad y evitar desgarros y dehiscencias. (Figura 4)



Fig.4. Despegamiento del colgajo y localización de los mesiodens

4. Exposición del campo quirúrgico y ostectomía liberadora de ambos mesiodens. (Figura 4)

4. Ostectomía y localización de ambos incisivos centrales superiores permanentes. (Figura 5)



Fig.5. Ostectomía liberadora y localización de los incisivos centrales superiores permanentes.

5. Exodoncia de ambos dientes supernumerarios. (Figura 6 y 7)



Fig.6 y 7. Exodoncia de los mesiodens.

6. Revisión del campo quirúrgico postintervención. (Figura 8)



Fig.8. Alvéolos de los mesiodens.

7. Sutura de puntos simples con seda de tres ceros. (Figura 9)



Fig.9. Sutura con seda de tres ceros.

En la revisión a la semana y al mes se observa una correcta cicatrización de los tejidos y a los 6 meses y al año postintervención se realizaron controles radiográficos en los que se observa un pequeño movimiento eruptivo, sobre todo del 21, pero no el suficiente por lo que

actualmente se encuentra en fase de tratamiento ortodóncico. (Figuras 10, 11, 12 y 13).



Fig.10. Revisión a la semana.



Fig.11. Revisión al mes de la intervención.



Fig.12. Revisión 6 meses postintervención.



Fig.13. Revisión al año de la intervención.

DISCUSIÓN

La presencia de dientes supernumerarios en la región maxilar es una patología relativamente frecuente cuya patogénesis sigue siendo desconocida aunque muchos autores defienden la teoría de la hiperactividad de la lámina dentaria, que en los últimos años está tomando más relevancia, donde a partir de los restos epiteliales de Malassez se producen yemas dentarias en exceso. La presencia de mesiodens en ocasiones puede estar relacionado con determinadas enfermedades sistémicas, siendo las más frecuentes el Síndrome de Gardner, disostosis cleidocraneal, labio leporino y hendidura palatina.



La inclusión de los incisivos centrales es poco frecuente, pero cuando sucede suele estar asociado a causas mecánicas locales que impiden su erupción como son la presencia de patología quística o tumoral o hiperodoncias.

El signo clínico que con mayor frecuencia nos hace pensar la existencia de un mesiodens es la asimetría eruptiva provocada por la sobrerretención de la dentición temporal y la impactación o erupción retardada de los incisivos centrales superiores permanentes, existiendo una serie de complicaciones que se derivan de esta inclusión como son la malposición de los incisivos centrales, diastemas interincisivos, rizolisis de incisivos centrales, formación quística con destrucción ósea, infección intraoral y poliinclusiones complejas.

Para el diagnóstico radiológico las pruebas más utilizadas son la Ortopantomografía, la radiografía lateral de cráneo y la técnica periapical de Clark para su localización anteroposterior y el TAC en casos más complejos en que el diente supernumerario se encuentre en relación con estructuras anatómicas vecinas o no pueda identificarse su correcta posición mediante las técnicas convencionales. En nuestro caso se utilizó una proyección de Hirtz, que aunque no es una prueba diagnóstica habitual si que podemos observar de forma clara la presencia de los mesiodens.

La actitud terapéutica a seguir es la exodoncia del mesiodens y controles periódicos postintervención para valorar la correcta erupción del diente permanente, siendo necesario en la gran parte de los casos la realización de un posterior tratamiento ortodóncico para la colocación del diente incluido en la arcada.



BIBLIOGRAFÍA

Tyrologou S, Koch G, Kuroi J. Location, complications and treatment of mesiodentes--a retrospective study in children. *Swed Dent J* 2005; 29:1-9.

Salcido-García JF, Ledesma-Montes C, Hernández-Flores F, Pérez D, Garces-Ortiz M. "Frequency of supernumerary teeth in Mexican population". *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004 Nov-Dec;9(5):407-9; 403-6.

Moraes RS, Farinhas JA, Gleiser R, Primo LG. Delayed eruption of maxillary permanent central incisors as a consequence of mesiodens: a surgical re-treatment approach. *J Clin Pediatr Dent* 2004 ;28(3):195-8.

Asami JI, Shibata Y, Yanagi Y, Hisatomi M, Matsuzaki H, Konouchi H, Kishi K. Radiographic examination of mesiodens and their associated complications. *Dentomaxillofac Radiol*. 2004 Mar;33(2):125-7.

Rusell KA, Folwarczna MA. Mesiodens-Diagnosis and Management of a Common Supernumerary Tooth. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(6): 362-6.

Alejos Algarra C, Contreras Martínez MA, Buenechea Imaz R, Berini Imaz L, Gay Escoda C. Mesiodens: revisión retrospectiva de una serie de 44 pacientes. *Medicina Oral* 2000; 5:81-8.

Roychoudhury A, Gupta Y, Parkash H. Mesiodens: a retrospective study of fifty teeth. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2000;18:144-6.