



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA SALUD Y VIDA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO

**Mesiodens superior en dentición mixta: causante de mal posición dentaria en paciente
masculino de 10 años. Reporte de un caso.**

ESTUDIANTE: Claire Lindsay Pineda Álvarez

TUTOR: Dr. Fernando Aguilera

COTUTOR: Od. Esp. Marcelo Villacís

QUITO, 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **Jaqueline Fernanda Rúales Pacheco** con cédula de identidad N° **1721238051** representante de **Jorge Adrián Rúales Pacheco** con cédula de identidad N° **1753746724** autorizo a la estudiante **Claire Lindsay Pineda Álvarez** a que pueda tomar fotos de mi representado y estas puedan ser copiadas o publicadas.

Jaqueline Rúales

Jaqueline Fernanda Rúales Pacheco

CERTIFICADO DEL AUTOR

CERTIFICADO DEL AUTOR

Yo **Claire Lindsay Pineda Álvarez**, con **C.I. 2100546098** declaro bajo juramento que el trabajo escrito es de mi autoría, no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción especial o de ningún género.

.....*Pula*.....
Claire Lindsay Pineda Álvarez

CERTIFICADO DE CONFIDENCIALIDAD DEL TUTOR

Yo, Dr. **Fernando Aguilera** certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo el responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

.....
Dr. Fernando Aguilera

i. DEDICATORIA

Este trabajo, se lo dedico a todas las personas que creyeron en mí; en especial a mis padres, hermanos y sobrinos, ya que sin ellos esto no hubiera sido posible.

ii. AGRADECIMIENTOS

Primero mi agradecimiento a Dios por darme salud y vida, a mis padres, hermanos y sobrinos por el inmenso apoyo que me brindaron por todos los actos de mi emprendimiento.

En especial a mi Padre, por ser buen ejemplo y compartir todos estos años de estudios, mil gracias, mil gracias.

RESUMEN

La mayoría de las mal formaciones dentales ocurren en la sexta y octava semana de vida intrauterina debido a que se produce la transformación de estructuras orofaciales embrionarias importantes. Una de estas anomalías son los dientes supernumerarios que podrían localizarse en cualquier parte de la cavidad oral; siendo el más común el mesiodens, situada en la línea media del paladar. Esta puede provocar diferentes complicaciones como: diastema entre los incisivos centrales, apiñamiento y retraso de la erupción de los dientes permanentes que se observa en el presente caso clínico.

Para la prevención de esta patología es necesario llevar un control rutinario en el desarrollo dental y facial de la infancia de cada individuo, ya que el tratamiento indicado de los supernumerarios siempre será la extracción del diente como tal, ya sea a temprana o tardía edad. No obstante, se recomienda tratar integralmente este tipo de casos; ya que se necesita su complementación con ortopedia u ortodoncia en otros casos por la edad del paciente, para una buena función y brindar una armonización parcial o total de la cavidad oral, una estética óptima y por lo cual un pronóstico favorable.

PALABRAS CLAVES:

Mesiodens, diastema, maxilar, odontogénesis, malformaciones, número, diagnóstico.

ABSTRACT

Most dental malformations occur in the sixth and eighth weeks of intrauterine life due to the transformation of important embryonic orofacial structures. One of these anomalies is the supernumerary teeth, which could be located anywhere in the oral cavity, the most common being the mesiodens, located in the palatal midline. This could cause different complications such as: the diastema between the central incisors, crowding and delay in the eruption of the permanent teeth.

To prevent this pathology, is necessary to carry out a routine control in the development of the child. The treatment of supernumeraries will always be the extraction of the tooth. However, it is recommended to treat this type of case with orthopedics or orthodontics as supplementation, to establish an adequate masticatory function and provide a partial or total harmonization of the oral cavity, optimal aesthetics and therefore a favorable prognosis.

KEY WORDS

Mesiodens, diastema, maxilla, odontogenesis, malformations, number, diagnosis.

INDICE DE CONTENIDO

CONSENTIMIENTO INFORMADO	I
CERTIFICADO DEL AUTOR.....	I
CERTIFICADO DE CONFIDENCIALIDAD DEL TUTOR.....	III
i. DEDICATORIA	IV
ii. AGRADECIMIENTOS.....	V
RESUMEN	VI
PALABRAS CLAVES:	VI
ABSTRACT.....	VII
KEY WORDS	VII
1. INTRODUCCIÓN	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. OBJETIVOS	9
4.1 OBJETIVO GENERAL	9
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
5. MARCO TEÓRICO.....	10
5.1 CAPÍTULO I: Odontogénesis	10
5.1.1 Estadio de Brote.....	11
5.1.2 Estadio de Casquete	12
5.1.3 Estadio de Campana	13
5.1.4 Estadio terminal o folículo dentario	14
5.2. CAPITULO II: Anomalías Dentarias	14
5.2.1 Concepto.....	14
5.2.2 Clasificación	14
5.3. CAPITULO III: Mesiodens	16
5.3.1. Generalidades	16
5.3.2. Morfología.....	17
5.3.3 Etiología	19
5.3.4 Complicaciones.....	19
5.3.5 Diagnóstico.....	20
5.3.6 Tratamiento.....	21
6. REPORTE DE CASO CLÍNICO:.....	24
6.1. Anamnesis	24
6.1.1 Motivo de Consulta.....	24

6.1.2 Enfermedad Actual.....	24
6.2. Antecedentes Personales y Familiares.....	25
6.3 Signos Vitales	25
6.4 Examen del Sistema Estomatognático.....	25
6.4.1 Examen clínico extraoral.....	25
6.4.2 Examen clínico intraoral	27
6.5 Odontograma	29
6.6 Indicadores de salud bucal	30
6.7 Índices CPO-ceo.....	30
6.8 Exámenes Complementarios	31
6.9. Diagnóstico	31
6.10. Tratamiento.....	32
6.10.1 Desarrollo del Tratamiento.....	32
7. DISCUSIÓN	51
8. CONCLUSIONES.....	52
9. RECOMENDACIONES.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Mapa Conceptual de Odontogénesis.	10
Figura 2: Mapa conceptual Estadio de Brote.	11
Figura 3: Estadio de Brote	11
Figura 4: Mapa Conceptual Estadio de Casquete.....	12
Figura 5: Estadio de Casquete.....	12
Figura 6: Mapa Conceptual del Estadio de Campana.....	13
Figura 7: Estadio de Campana.	13
Figura 8: Estadio Terminal: formación de la corona del diente deciduo.....	14
Figura 9: Mapa Conceptual Anomalías de Tamaño.	15
Figura 10: Mapa Conceptual de Anomalías de Forma.	15
Figura 11: Mesiodens Cónico.	17
Figura 12: Mesiodens Cónico múltiple.....	17

Figura 13: Mesiodens Tuberculado Múltiple.	18
Figura 14: Mesiodens Infundibular único.	18
Figura 15: Mesiodens Molariforme múltiple.	18
Figura 16: Fotografía de mesiodens erupcionado. (Nótese los efectos sobre el incisivo central superior izquierdo).	20
Figura 17: Radiografía oclusal de mesiodens invertido con quiste folicular.	20
Figura 18: Fotografía frontal con análisis de índice facial.	25
Figura 19: Fotografía perfil izquierdo con plano estético de Ricketts.	26
Figura 20: Fotografía perfil derecho.	26
Figura 21: Fotografía de incompetencia labial.	27
Figura 22: Fotografía Frontal en oclusión.	27
Figura 23: Fotografía oclusal superior.	28
Figura 24: Fotografía oclusal inferior.	28
Figura 25: Fotografía intraoral lateral derecho.	28
Figura 26: Fotografía intraoral lateral izquierdo.	29
Figura 27: Odontograma.	29
Figura 28: Radiografía Panorámica de maxilares.	31
Figura 29: Motivación y Fisioterapia oral.	32
Figura 30: Acumulo de placa bacteriana.	33
Figura 31: Arcada superior con revelador de placa.	33
Figura 32: Arcada inferior con revelador de placa.	33
Figura 33: Profilaxis con cepillo.	34
Figura 34: Colocación de Flúor.	34

Figura 35: Exodoncia diente 5.5	35
Figura 36: Exodoncia diente 6.5	35
Figura 37: Anestesia infiltrativa por vestibular.....	36
Figura 38: Anestesia infiltrativa por palatino. Autora: Claire Pineda Álvarez	36
Figura 39: Sindesmotomía del mesiodens.	37
Figura 40: Extracción del mesiodens con fórceps.....	37
Figura 41: Mesiodens cónico.	37
Figura 42: Limpieza y acondicionamiento de tejidos.....	38
Figura 43: Anestesia infiltrativa 2.6, 2.6 y 4.6.....	39
Figura 44: Colocación de hilo dental en la grapa.	39
Figura 45: Aislamiento absoluto 2.6, 2.6 y 4.6.	39
Figura 46: Eliminación de caries 2.6, 3.6 y 4.6.....	40
Figura 47: Desinfección de las cavidades de dientes: 2.6, 3.6 y 4.6.	40
Figura 48: Recubrimiento pulpar indirecta 4.6.	41
Figura 49: Restauración definitiva diente 4.6.	41
Figura 50: Restauración simple 2.6.	42
Figura 51: Restauración simple diente 3.6.....	42
Figura 52: Modelos de estudios.	43
Figura 53: Vaciado de modelos.....	43
Figura 54: Modelos estudio.....	43
Figura 55: Fotografías iniciales.....	44
Figura 56: Materiales para realizar la placa activa.	44
Figura 57: Elaboración de placa activa.....	45

Figura 58: Pulido de la placa activa.	46
Figura 59: Indicaciones y cuidados de la placa activa.....	46
Figura 60: Primer control. Activación del tornillo expansor, ajuste de arco vestibular y resortes palatinos.....	47
Figura 61: Segundo control: Colocación de resina en primeros molares superiores para levantar la mordida, aumentar el overbite y darle espacio al incisivo lateral izquierdo.	48
Figura 62: Tercer Control: Comparación del movimiento dentario del diente 2.2. Protrusión del 2.2 con el aumento del overbite quedando así bis a bis con su antagonista.	48
Figura 63: Tercer Control: Fotografía Frontal de comparación con la inicial y la de control. Se observa ligero movimiento hacia la línea media del 1.1	48
Figura 64: Tercer Control: Colocación de resina en primeros molares superiores para aumentar el overbite.....	49
Figura 65: Cuarto Control: Fotografía lateral comparando la inicial con la de control. Se observa leve protrusión del 2.2.....	49
Figura 66: Cuarto Control. Fotografía oclusal comparando la inicial con la de control. Disminución del diastema interincisal de los centrales también se logró abrir un espacio entre el 2.4 y 2.6 para la erupción del 2.5.....	50
Figura 67: Cuarto Control: Ajuste del arco vestibular y resortes.....	50
Figura 68: Quinto Control. Fotografía final: Se observa como el diastema ha sido cerrado casi en su totalidad.....	50

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Diferenciación entre mesiodens cónico y tuberculado.	19
Tabla 2: Signos vitales.	25
Tabla 3: Índice CPO-ceo.	30

1. INTRODUCCIÓN

La hiperdoncia o diente supernumerario, se define como un número mayor de órganos dentales en comparación a los referentes estándar, ubicándose en cualquier parte de la arcada superior o inferior. La mayoría de dientes supernumerarios se localizan en el maxilar superior con una fuerte predilección en la región anterior (mesiodens) y frecuentemente en una posición palatina respecto a los incisivos centrales, en su mayoría unilaterales y aislados (Jung , Nah , & Cho, 2008) (Trull, Banchillería, Vall, & Gay-Escoda, 2015).

El mesiodens podría alterar la transición de la dentición decidua a la definitiva, desordenar el desarrollo de los maxilares, ocasionar diastemas o problemas con dientes vecinos y quistes (Pakdaman & Meighani, 2010). Para evitar estas complicaciones se debe diagnosticar al paciente de forma precoz y considerar la toma de exámenes complementarios rutinarios a lo largo del crecimiento del individuo (Carbone, Romero, Galiana, & Martínez, 2018).

El mesiodens no cumple ninguna función específica en la cavidad oral, es por ello que su tratamiento requiere la extracción del mismo; sin embargo, es necesario tener en cuenta la planificación quirúrgica y su intervención en el momento ideal (Pakdaman & Meighani, 2010). La mayoría de las resoluciones quirúrgicas para el tratamiento de los mesiodens, se podría complementar con ortopedia u ortodoncia; para así obtener una oclusión ideal.

Para concluir, el objetivo principal de este trabajo es rehabilitar de manera integral a un paciente de sexo masculino de 10 años de edad que presenta un mesiodens de forma cónica, causante de diastema entre los incisivos centrales y dificulta la erupción de los incisivos laterales superiores.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de dientes supernumerarios, se manifiestan de forma asintomática, pueden aparecer por cualquier parte del maxilar y mandíbula, erupcionando lentamente y así causando sus características anormales (Phillip-Sapp, Eversole, & Wysocki, 2006).

Según diferentes autores la incidencia de dientes supernumerarios a nivel mundial oscila entre el 0.3 y 3.8% (Alberti, Mondani, & Parodi , 2006), mientras que en el Ecuador existe escasa información acerca del tema.

El paciente que se trató en este caso es de sexo masculino de 10 años de edad que acudió a la consulta por hipersensibilidad dentaria momentánea al estímulo del frío, con presencia de un crecimiento dental anómalo asintomático en la línea media anterior del paladar.

La presencia del mesiodens único cariado entre los dientes 1.1 y 2.1 en este caso, ocasiona mal posición y déficit de espacio para la correcta erupción del diente 2.2, perjudicando así la oclusión, el desarrollo normal de los maxilares y la estética anterior del maxilar; obteniendo una ligera protrusión de los incisivos superiores y provocando una leve incompetencia labial.

3. JUSTIFICACIÓN

Los mesiodens son una patología que se presenta en la consulta odontológica muy a menudo en comparación a otros dientes supernumerarios, es muy importante resaltar las complicaciones que ocasiona esta patología si no es tratada a tiempo mediante un correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento quirúrgico, ya que provoca múltiples alteraciones que afectan la estética y funciones tales como fonética, masticación y reabsorción de dientes vecinos. Por lo tanto, es de

suma importancia tener información que aporte a la resolución de la problemática; es decir que el odontólogo se encuentre preparado para dar un diagnóstico oportuno y pueda optar por un tratamiento adecuado.

Con el presente trabajo, se podrá implementar un método diagnóstico y un adecuado manejo quirúrgico para poder mejorar así la atención a brindar en presencia de un caso similar a este, cabe recalcar que la patología antes mencionada no presenta ningún dato estadístico o estudio relevante de prevalencia a nivel nacional; sin embargo, la detección de un caso evitaría complicaciones posteriores en los pacientes.

En el Ecuador existe escasa información sobre los dientes supernumerarios mesiodens, lo que puede deberse al poco conocimiento por parte del odontólogo. Es imprescindible el análisis del presente ya que este aportará información valiosa que reforzará los aspectos de su etiología, diagnóstico y tratamiento acertado, con la finalidad de evitar las complicaciones que dicha patología podría acarrear.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Rehabilitar de manera integral a un paciente masculino de 10 años de edad que presenta un diente supernumerario Mesiodens en la arcada superior.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar clínica y radiográficamente un diente supernumerario para prevenir futuras complicaciones.
- Eliminar quirúrgicamente el mesiodens utilizando una técnica mínimamente invasiva.

- Establecer un tratamiento de ortopedia para cerrar diastema y lograr la correcta erupción de los incisivos laterales superiores.
- Eliminar focos infecciosos y crear en el paciente hábitos de higiene adecuados.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 CAPÍTULO I: Odontogénesis

Es el proceso de desarrollo de los dientes, que se detalla en la figura 1 a continuación:

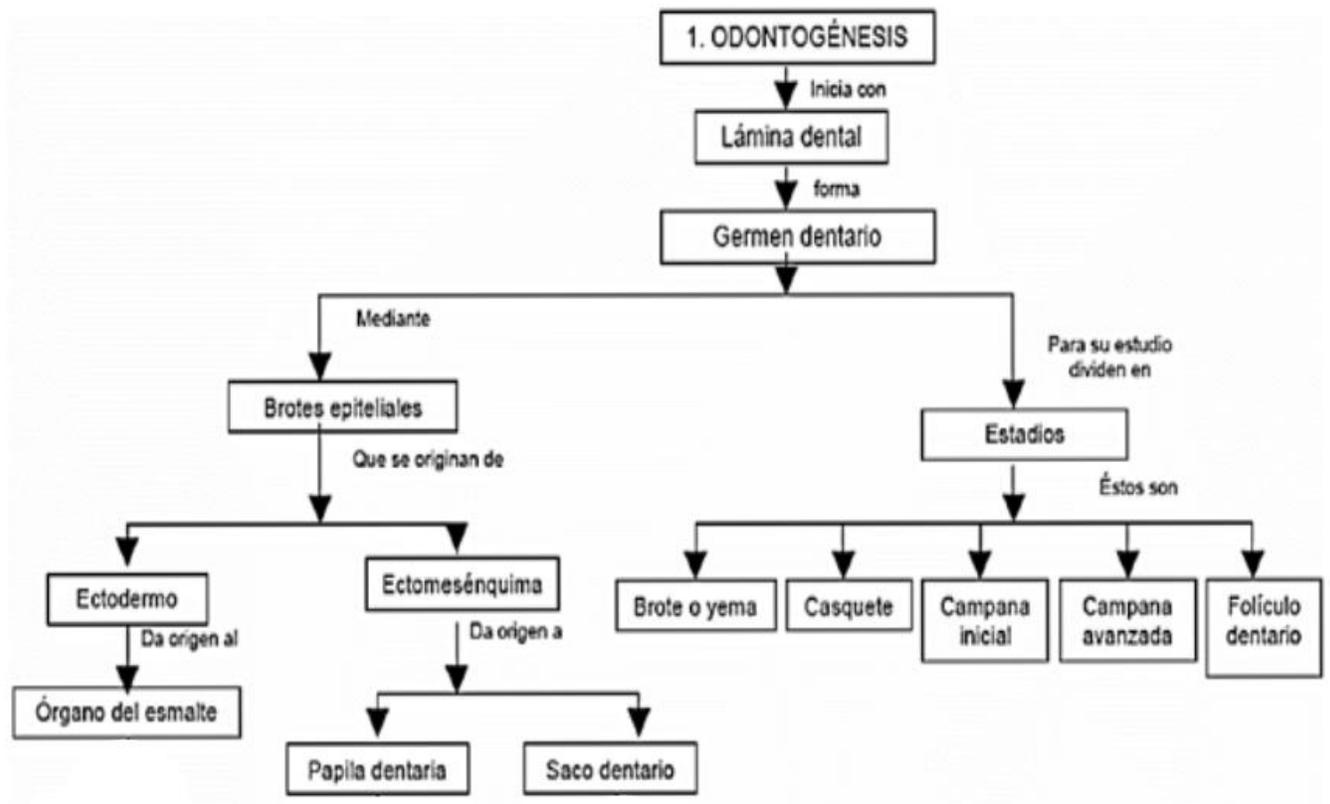


Figura 1: Mapa Conceptual de Odontogénesis.

Autor: Dra. Ángela Pereira

5.1.1 Estadio de Brote

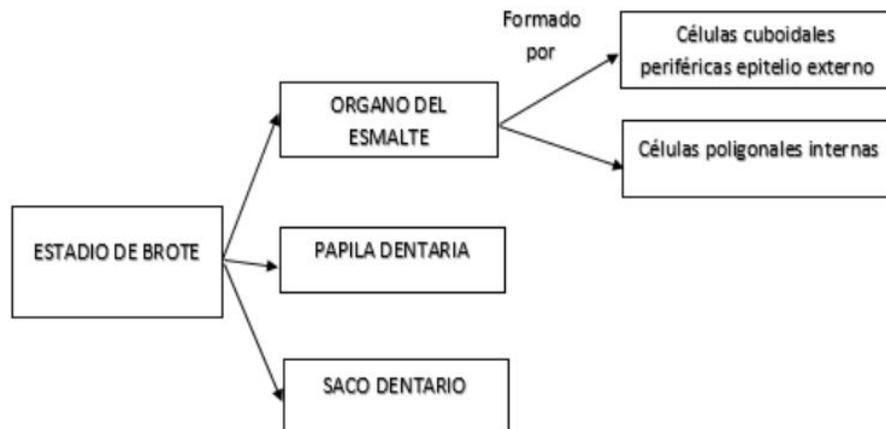


Figura 2: Mapa conceptual Estadio de Brote.

Autora: Dra. Ángela Pereira

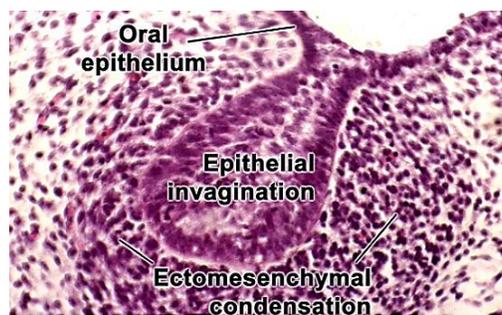


Figura 3: Estadio de Brote

Autora: Dra. Ángela Pereira.

5.1.2 Estadio de Casquete

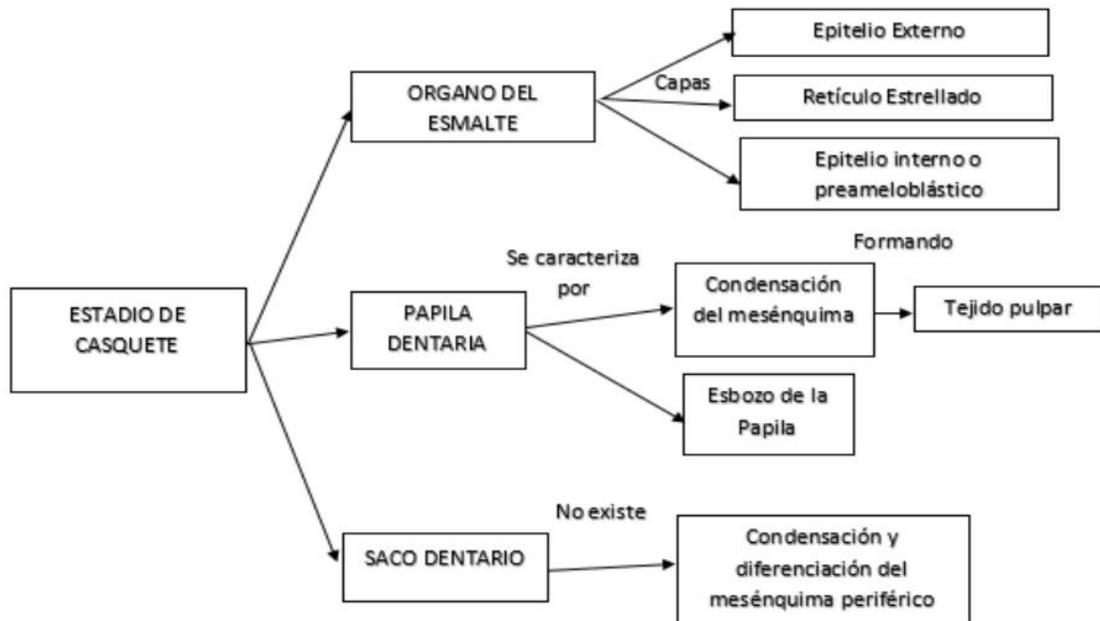


Figura 4: Mapa Conceptual Estadio de Casquete

Autora: Dra. Ángela Pereira

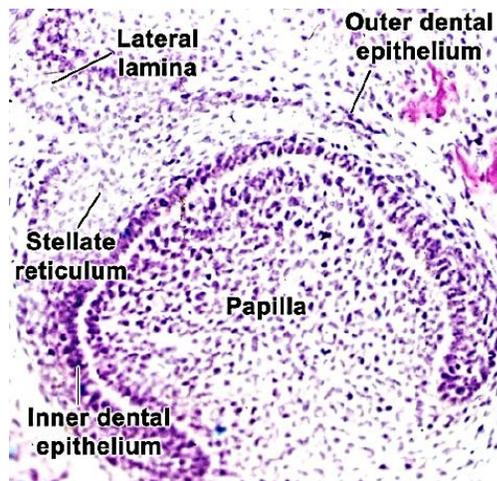


Figura 5: Estadio de Casquete.

Autor: Dra. Ángela Pereira

5.1.3 Estadio de Campana

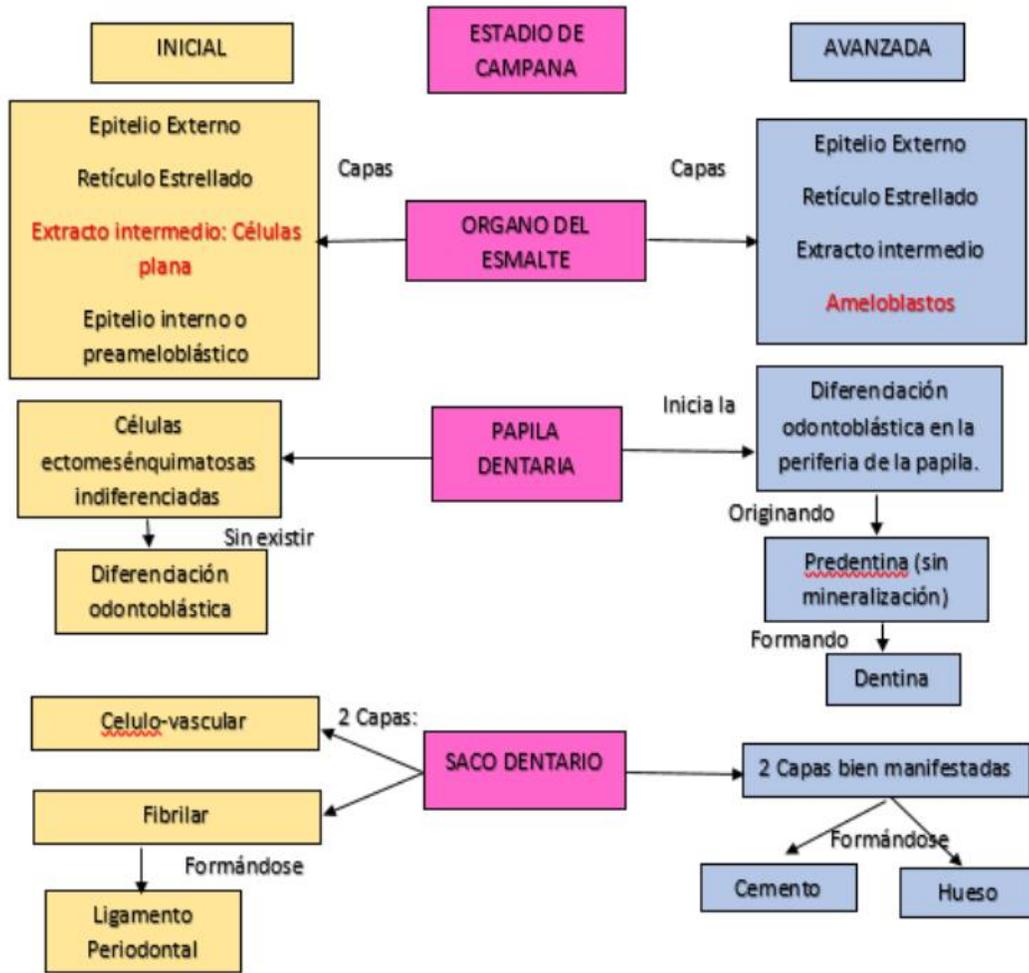


Figura 6: Mapa Conceptual del Estadio de Campana

Autor: Ángela Pereira

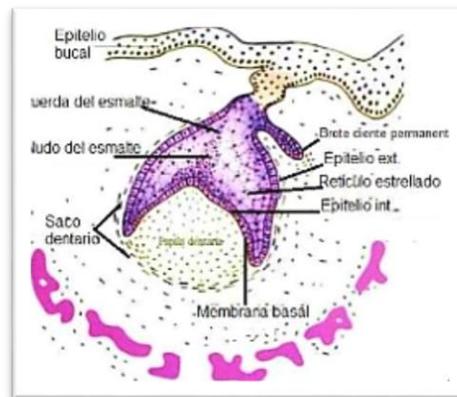


Figura 7: Estadio de Campana.

Autor: Hela Rosas Melgarejo

5.1.4 Estadio terminal o folículo dentario

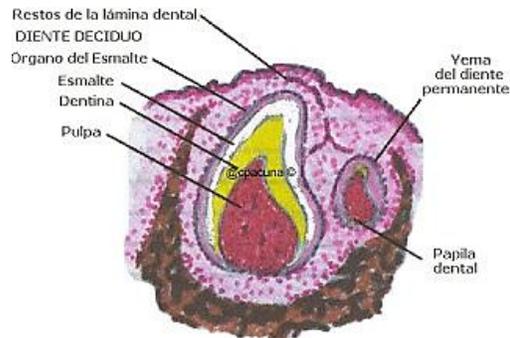


Figura 8: Estadio Terminal: formación de la corona del diente deciduo.

Autor: HEMSI-RE "JR"

5.2. CAPITULO II: Anomalías Dentarias

5.2.1 Concepto

Son malformaciones congénitas, ambientales o adquiridas del tejido dentario durante la etapa de histodiferenciación o morfodiferenciación que pueden ser alteraciones de tamaño, forma, número y posición, tanto en dentición temporal o permanente (Marín, 2018). Pueden ocasionar alteraciones de los tejidos dentarios y sus estructuras vecinas; con varias complicaciones como: obstrucción de la erupción del diente permanente o anormal, mal posición dentaria, desarrollo de quistes, reabsorción radicular, mala correlación maxilar, caries y enfermedad periodontal (Laganà G., 2017).

5.2.2 Clasificación

5.2.2.1. Alteraciones de Tamaño

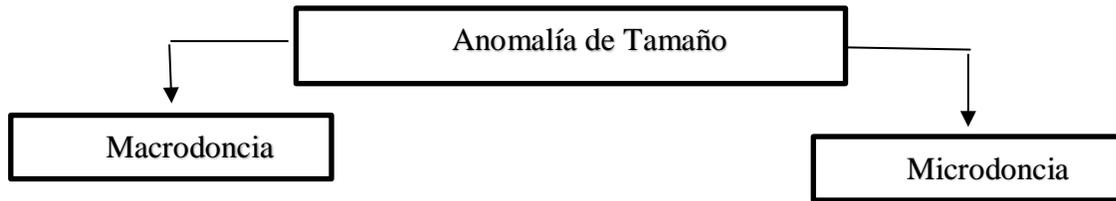


Figura 9: Mapa Conceptual Anomalías de Tamaño.

Autor: Claire Lindsay Pineda

5.2.2.2 Alteraciones de Forma

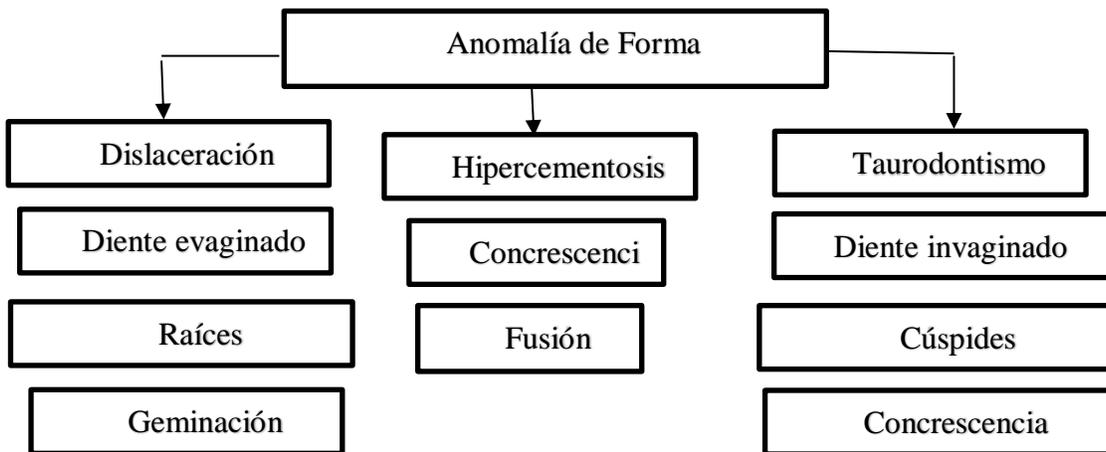


Figura 10: Mapa Conceptual de Anomalías de Forma.

Autor: Claire Lindsay Pineda

5.2.2.3 Alteraciones de Número

Agenesia.

Es la ausencia de dientes, se clasifica en: hipodoncia (falta de 1-6 órganos dentales), oligodoncia (falta de más de 6 órganos dentales) y anodoncia (falta total de los órganos dentales) (Phillip-Sapp, Eversole, & Wysocki, 2006) (Bernal & Cárde, 2014).

Hiperdoncia.

También conocido como supernumerarios, es el exceso de número de dientes a comparación del número normal (Multani RK1, 2015). Según diferentes autores la incidencia de dientes supernumerarios oscila entre el 0.3 y el 3.8 % (Alberti, Mondani, & Parodi, 2006).

Un diente supernumerario puede aparecer en cualquier parte de las arcadas dentarias; siendo el más común los mesiodens que se encuentran en la línea media; seguido de los premolares y molares en último lugar (Nanci, 2017).

5.3. CAPITULO III: Mesiodens

5.3.1. Generalidades

Esta patología presenta una prevalencia entre el 0,1 y 3.8 % del total de habitantes y es más habitual su aparición en hombres que en mujeres. Localiza en su mayoría por mesial de los incisivos centrales superiores, justo en la línea media del paladar. La mayoría de mesiodens quedan incluidos en el maxilar y solo el 25% erupciona, cerca del 80-90% se localiza por palatino de los incisivos superiores definitivos (Giovanetti, Sigua-Rodriguez, Pacheco, Portela Figueiredo, & Albergaria-Barbosa, 2016).

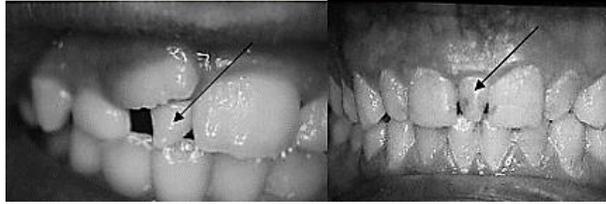


Figura 11: Mesiodens Cónico.

Fuente: (Mazariegos, s.f.)

5.3.2. Morfología

Existe una diversidad muy amplia en tamaño y aspecto de las coronas anatómicas de los mesiodens. Pueden imitar la anatomía normal de los incisivos, denominándose eumórficos; o tener un aspecto atípico, llamados heteromórficos (Gay Escoda et al., 2015):

5.3.2.1 Diente Conoide

Es la forma más común de mesiodens de corona cónica con raíz completa pequeña (Gay Escoda et al., 2015).



Figura 12: Mesiodens Cónico múltiple.

Autor: Villavicencio J, Hernández J, Medina S

5.3.2.2 Diente Tuberculado

Tiene forma de barril, corona con tubérculos y raíz pequeña, gruesa, incompleta y curvada (Gay Escoda et al., 2015).

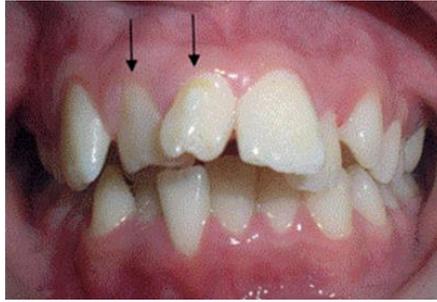


Figura 13: Mesiodens Tuberculado Múltiple.

Autor: Villavicencio J, Hernández J, Medina S

5.3.2.3 Diente Infundibular

Tamaño similar al diente normal y corona con aspecto de embudo (Gay Escoda et al., 2015).



Figura 14: Mesiodens Infundibular único.

Autor: CD. EROM Luis E. de la Peña L

5.3.2.4 Diente Molariforme

Diente con raíz incompleta y corona con apariencia de molar o premolar (Gay-Escoda et al., 2015).



Figura 15: Mesiodens Molariforme múltiple.

Autor: Villavicencio J, Hernández J, Medina S.

DIFERENCIACIÓN MORFOLOGICA ENTRE LOS MESIODENS MÁS FRECUENTES:		
MESIODENS:	CÓNICO	TUBERCULADO
Forma de la corona:	Cónica	Tuberculado
Tamaño en comparación con un incisivo normal:	Menor.	Similar.
Formación Radicular:	Completa	Incompleta
Tiempo de Desarrollo:	Normal o temprana.	Tardío.
Actuación sobre los dientes vecinos:	Ninguna la mayoría de veces.	Casi siempre impiden o retrasan la erupción de los incisivos permanentes.

Tabla 1: Diferenciación entre mesiodens cónico y tuberculado.

Fuente: (Gay Escoda et al., 2015)

5.3.3 Etiología

A pesar de que esta patología es significativamente prevalente y hay varias teorías que intentan esclarecer las causas que conllevan a la formación de esta anomalía, hasta hoy no están definidas claramente; la hiperactividad de la lámina dentaria, es la más aprobada donde el crecimiento se ve afectado y a esto se suma un aumento anormal de actividad de la lámina dental y la mezcla de factores ambientales y genéticos, como la asociación de síndromes con esta anomalía: síndrome de Down y la displasia cleidocraneal (Alberti, Mondani, & Parodi , 2006) (Pakdaman & Meighani, 2010).

5.3.4 Complicaciones

Las consecuencias más comunes que acarrea esta patología en la dentición decidua es su retención y en la dentición definitiva retarda su erupción. Estas complicaciones aparecen por la localización del mesiodens, al estar en la línea media del paladar va a impedir que los incisivos permanentes cumplan con la erupción fisiológica y la exfoliación normal de los incisivos deciduos haciendo que estos permanezcan más tiempo en boca (Gay Escoda et al., 2015) (Rodríguez, 2010).



Figura 16: Fotografía de mesiodens erupcionado. (Nótese los efectos sobre el incisivo central superior izquierdo).

Fuente: (Miriam Alejandra Veras-Hernández, 2018)

Los mesiodens también pueden afectar a los dientes vecinos haciendo que estos tengan una erupción atípica, retardada o se desarrolle su impactación; apiñamiento en el sector anterior por la presencia de esta patología; compresión de las raíces de los dientes vecinos trayendo como consecuencia la reabsorción radicular de los mismos; diastemas entre los incisivos centrales superiores; desarrollo de quistes gracias al folículo que rodea los dientes supernumerarios e incluso un mesiodens invertido puede erupcionar hacia la parte alta e invadir las fosas nasales, conocida como diente nasal si la erupción es total (Gay Escoda et al., 2015) (Rodríguez, 2010).

5.3.5 Diagnóstico

Para diagnosticar cualquier diente supernumerario se debe basar en los signos y síntomas clínicos de sospecha y complementarlas con hallazgos radiográficos (Schwarzember, 2016) (Giovanetti, Sigua-Rodríguez, Pacheco, Portela Figueiredo, & Albergaria-Barbosa, 2016).



Figura 17: Radiografía oclusal de mesiodens invertido con quiste folicular.

Fuente: (Gay-Escoda, Mateos-Micas, España-Tost, & Gargallo-Albiol, 2015)

Una exploración física comprende 4 aspectos: inspección, palpación, auscultación y percusión. A través de la inspección se podrá observar si el mesiodens está erupcionado o si existe un retardo de la erupción de los dientes permanentes; siendo este signo de sospecha de la presunta presencia de mesiodens. En casos en los que exista un abultamiento del tejido, se deberá de palpar para conocer la situación en la que se encuentra esta patología, ya sea por vestibular o palatino (Pakdaman & Meighani, 2010).

Ante la sospecha o el correcto diagnóstico de esta anomalía es necesario un examen adicional que puede ser radiográfico o tomográfico para complementar y sobre todo para localizar el diente supernumerario, importante a la hora del abordaje quirúrgico (Gay Escoda et al., 2015).

Existen varios tipos de radiografías que se podrían utilizar para la complementación del diagnóstico de esta patología entre ellos tenemos: periapicales con diferentes angulaciones llamada a esta, técnica de Clark; oclusales, se utilizan en sospecha de mesiodens retenidos ya sea por vestibular o palatino; panorámica, nos ayudará a tener una mejor visión de los maxilares valorándolos en conjunto y lateral de cráneo, tiene un fin ortopédico y quirúrgico. También se pueden utilizar tomografías cone beam, son precisos y ayudan a solventar el problema de ubicación (Pakdaman & Meighani, 2010) (Carbone, Romero, Galiana, & Martínez, 2018).

5.3.6 Tratamiento

Hay que tener en cuenta que el tratamiento del mesiodens siempre será la exodoncia en dos tiempos:

5.3.6.1. Exodoncia Temprana

Siempre se trata de prevenir problemas ortodóncicos futuros en el paciente y la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos complejos, para lo cual el abordaje será antes de los seis

años de edad evitando así estas dos situaciones antes mencionadas (Schwarzember, 2016) (Carbone et al., 2018). Una de las desventajas de este tratamiento es la incapacidad de tolerancia psicológicamente del niño, el peligro de dañar las raíces de los incisivos definitivos y realizar una cirugía que a futuro sea innecesaria (Ulfohn, 2015).

5.3.6.2. Exodoncia Tardía

Este procedimiento se realiza después de los 6 años de edad, con la finalidad de disminuir el peligro de perjudicar las raíces de los incisivos definitivos y consecuentemente desvitalizarlos, por esta razón se debe esperar a que la formación radicular se haya completado (Schwarzember, 2016). El retrasar la extracción trae varios riesgos como la pérdida de espacio en el sector anterior; disminución de la potencia de erupción de los dientes definitivos superiores y un incremento amplio de métodos terapéuticos quirúrgico y ortodóncico (Gay Escoda et al., 2015).

Algunos autores creen que el momento oportuno para intervenir en este tipo de patología es cuando la porción radicular de los incisivos permanentes superiores haya llegado a su desarrollo completo, pero esto no siempre es posible, ya que algunos mesiodens (tuberculados y molariformes) tienen un riesgo alto de provocar impactación de los dientes definitivos, para lo cual se requiere su extracción temprana y así evitar la formación de quistes que solo complicarían la intervención y lesionarían a los dientes vecinos (Schwarzember, 2016).

En aquellos casos en que los mesiodens (cónicos) no acarreen tanto problema de impactación de incisivos permanentes y se compruebe que no exista asociación con ninguna otra patología, se permanecerá en alerta controlando frecuentemente cómo va la situación (Ulfohn, 2015).

5.3.6.3 Técnica Quirúrgica

La mayoría de mesiodens incluidos se localizan por palatino, una vez conocida la ubicación y cumpliendo los pasos pre quirúrgicos: historia clínica, valoración dificultad vs complicación, criterios de bioseguridad, criterios del doctor y del paciente y firma del consentimiento informado; se procede a anestesiar la zona, dependiendo de la edad y manejabilidad del niño se elegirá la técnica anestésica y si es necesario en algunos casos el uso de anestesia general. Posteriormente se realiza un incisión crevicular o festoneada por palatino con escalpelo de hoja número 15, siguiendo el margen gingival de premolar a premolar (Ulfohn, 2015). Enseguida levantamiento de colgajo de fibra mucosa palatina con un periostotomo, vigilando de no dañar el paquete vasculonervioso nasopalatino (Gay-Escoda et al., 2015).

En el caso de no encontrar ninguna prominencia en la cortical ósea que sirva como referencia para ubicar la posición del mesiodens; se comienza a realizar la ostectomía por detrás del incisivo respetando una porción de hueso para que sirva de apoyo para reposicionar el colgajo y mantener el apoyo óseo para los tejidos gingivales (Gay Escoda et al., 2015). Este es el paso más complejo para visualizar el mesiodens por encontrarse cerca del paquete vasculonervioso nasopalatino y a los ápices de los dientes vecinos, finalmente se realiza la extracción propiamente dicha con la luxación del diente (Rédua, 2010).

El alveolo residual donde se extrajo el mesiodens debe de ser raspado con una cucharilla recta y/o curvada para eliminar restos de tejido que hayan quedado. Luego se reposiciona el colgajo y se sutura afrontando las papilas vestibulares y palatinas cerrando así toda la herida (Rédua, 2010).

5.3.6.4 Exposición Quirúrgica.

Aproximadamente el 75% de los incisivos definitivos que quedan incluidos erupcionan voluntariamente luego de extraer el mesiodens; sin embargo, existen otros incisivos permanentes que no erupcionan por lo que requieren un control al menos seis meses después además de tener en cuenta el espacio que estos necesitan para que puedan ubicarse. En caso de no existir una erupción espontánea de los incisivos permanentes, en conjunto con un ortodoncista se realizará un abordaje quirúrgico para arrastrar y llevar los incisivos permanentes a su posición ideal utilizando brackets que estarán pegados en la superficie vestibular (Rédua, 2010).

6. REPORTE DE CASO CLÍNICO:

6.1. Anamnesis

Nombres: NN

Apellidos: NN

Edad: 10 años

Género: Masculino

6.1.1 Motivo de Consulta

"Chequeo de rutina"

6.1.2 Enfermedad Actual.

Representante del paciente masculino de 10 años de edad que acude a la consulta por "chequeo de rutina" refiere que el paciente "tiene sensibilidad en la zona superior derecha, al ingerir alimentos fríos, dolor agudo momentáneo que desaparece al retirar el estímulo".

6.2. Antecedentes Personales y Familiares

Representante refiere: Madre epiléptica.

6.3 Signos Vitales

Presión Arterial	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura
110/75 (mmHg)	42 (lpm)	18 (rpm)	36°C

Tabla 2: Signos vitales.

Autor: Claire Lindsay Pineda

6.4 Examen del Sistema Estomatognático

6.4.1 Examen clínico extraoral

Durante el examen clínico extraoral se observó incompetencia labial, labios protruidos y gruesos de color normal (Figura 21) lateralmente se observó perfil convexo (Figura 19 y 20).

Durante la palpación el paciente no refirió sentir malestar y no se percibió ganglios inflamados. Al examinar la ATM no se escuchó ningún sonido, ni alteración y el paciente no refirió ninguna sintomatología.

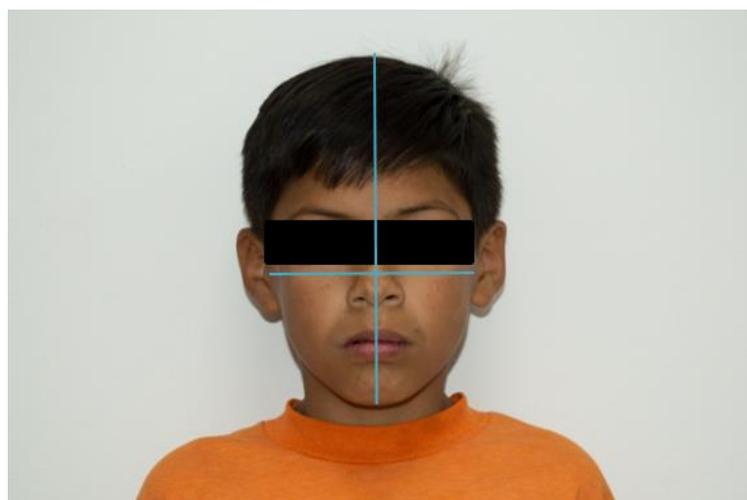


Figura 18: Fotografía frontal con análisis de índice facial.

Autor: Claire Lindsay Pineda



Figura 19: Fotografía perfil izquierdo con plano estético de Ricketts.

Autor: Claire Lindsay Pineda.



Figura 20: Fotografía perfil derecho.

Autor: Claire Lindsay Pineda



Figura 21: Fotografía de incompetencia labial.

Autor: Claire Lindsay Pineda

6.4.2 Examen clínico intraoral

Posteriormente se realizó el examen clínico intraoral, donde se revisó las estructuras que componen la cavidad oral como son labios, carrillos, lengua, paladar, piso de boca, maxilar superior e inferior y glándulas salivales. Durante el examen de labios no se visualizaron manchas ni se palparon masas o nódulos, de igual manera durante el examen de carrillos. El paladar de profundidad normal, sin lesiones patológicas. La lengua de aspecto, color y forma normal. Piso de boca, orofaringe, paladar blando normales y glándulas salivales con hipersecreción salival.

Clínicamente paciente presenta dentición mixta, varios dientes deciduos en proceso de exfoliación, exceso de placa bacteriana, diente supernumerario: mesiodens palatinizado en forma conoide con caries y diastema entre centrales superiores (figura 22).



Figura 22: Fotografía Frontal en oclusión.

Autor: Claire Lindsay Pineda



Figura 23: Fotografía oclusal superior.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 24: Fotografía oclusal inferior.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 25: Fotografía intraoral lateral derecho.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 26: Fotografía intraoral lateral izquierdo.

Autor: Claire Lindsay Pineda

6.5 Odontograma

En el maxilar superior presenta diente 1.6 con restauración, 1.5 en erupción, 1.4; 1.2; 1.1; 2.1; 2.2; 2.4; 2.5 presentes en boca; 2.6 con caries; diente supernumerario palatinizado con caries en la línea media: mesiodens; diente 5.5 y 6.5 en exfoliación.

En el maxilar inferior presenta diente 3.6 y 4.6 con caries y 3.4; 3.2; 3.1; 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5 y 7.3 presentes en boca.

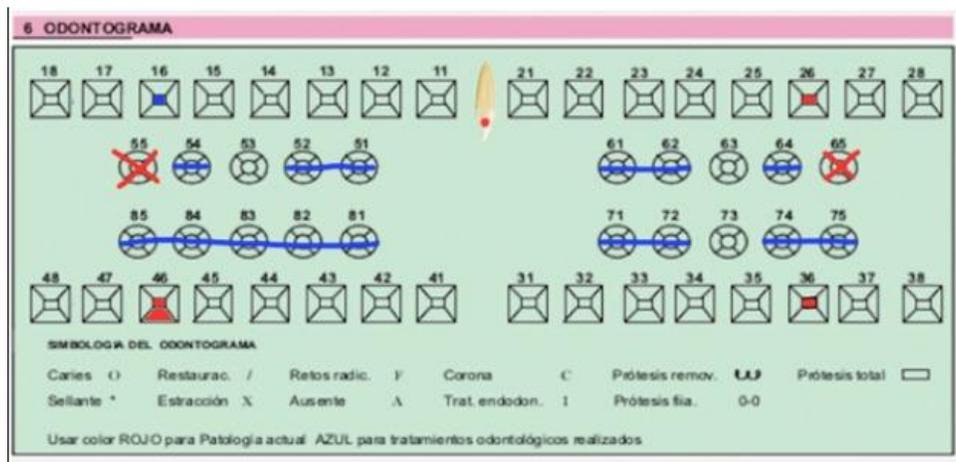


Figura 27: Odontograma

Fuente: Historia Clínica MSP

6.6 Indicadores de salud bucal

- 1) Placa: 1
- 2) Calculo: 0
- 3) Gingivitis: 0
- 4) Enfermedad Periodontal: ---
- 5) Mal oclusión: Angle I
- 6) Fluorosis: ---
- 7) Momentos de azúcar: 6 (Consume galletas por la noche)
- 8) ESTADO DE RIESGOS DEL PACIENTE: Alto.

6.7 Índices CPO-ceo

ÍNDICE CPO-ceo				
D	C	P	O	TOTAL
	3	0	1	4
d	c	e	O	TOTAL
	2	0	0	2

Tabla 3: Índice CPO-ceo

Fuente: Historia Clínica del MSP

6.8 Exámenes Complementarios



Figura 28: Radiografía Panorámica de maxilares.

Fuente: Xplora Dental.

Al examen radiográfico se observa sombras radiopacas compatibles con dentición mixta; dientes erupcionados: 1.6, 1.4, 5.3, 2.1, 1.1, 6.3, 2.4, 2.6, 3.4, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 4.4, 4.5; dientes en proceso de erupción 1.7, 1.2, 2.2, 2.3, 2.7, 3.3, 3.5, 3.7, 4.3, 4.7; dientes en proceso de exfoliación: 5.5, 6.5, 7.3; diente 4.6 erupcionado con caries, 3.6 erupcionado con restauración y diente supernumerario en línea media compatible con mesiodens.

6.9. Diagnóstico

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad presenta:

- A. Placa bacteriana.
- B. Mal posición dentaria (K0.07).
- C. Permanencia de dientes deciduos en proceso de exfoliación 6.5 y 5.5.
- D. Caries de esmalte (K02.0) 2.6.
- E. Caries de dentina (K02.1) 4.6 y 3.6.
- F. Diente supernumerario (K0.01).

6.10. Tratamiento

6.10.1 Desarrollo del Tratamiento

6.10.1.1 Motivación y Fisioterapia Oral.

La fisioterapia oral es un conjunto de procedimientos clínicos destinados a promover el control de la placa bacteriana en el paciente y consta de:

- a) Motivación: Debido al exceso de acúmulo de placa bacteria se animó al paciente y representante mediante charlas didácticas a cambiar sus hábitos alimenticios, eliminando totalmente el consumo nocturno de hidratos de carbono fermentado y disminuyendo los momentos de azúcar de 6 a 4.
- b) Instrucciones de Higiene oral: Se le indicó al paciente con presencia del representante, la técnica de cepillado horizontal con una frecuencia mínima de 4 veces al día (después de cada comida) (Figura 29).



Figura 29: Motivación y Fisioterapia oral

Autora: Claire Pineda Álvarez

6.10.1.2 Profilaxis y Fluorización

Se denomina profilaxis al procedimiento de limpieza mecánica que comprende:

1. Colocación de revelador de placa en todos los dientes del paciente (Figura 30-32)
2. Retiro de la placa bacteriana con cepillo (Figuras 33)

Adicionalmente se colocó flúor en gel con una cubeta pequeña para acondicionar el medio bucal y aprovechar su acción cariostática y antibacteriana (Figura 34).



Figura 30: Acumulo de placa bacteriana.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 31: Arcada superior con revelador de placa.

Autora: Claire Lindsay Pineda



Figura 32: Arcada inferior con revelador de placa.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 33: Profilaxis con cepillo.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 34: Colocación de Flúor.

Autora: Claire Pineda Álvarez

6.10.1.3 Refuerzo o modificación del huésped: No requiere.

6.10.1.4 Control de Infecciones no Resueltas como Urgencias

Se realizó la extracción de los dientes deciduos 6.5 y 5.5 debido a caries extensa, pérdida coronaria no rehabilitable y proceso de exfoliación; de la siguiente manera:

1. Colocación de anestésico tópico en las zonas a anestésiar.
2. Filtración por vestibular y palatino unas gotas de anestésico sin vasoconstrictor en la encía libres (figura 35 y 36).
3. Sindesmotomía y extracción propiamente dicha con fórceps pediátrico superior, limpieza con suero fisiológico y hemostasia con gasas esterilizadas (Figura 35 y 36).



Figura 35: Exodoncia diente 5.5

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 36: Exodoncia diente 6.5

Autora: Claire Pineda Álvarez

Para la extracción del diente supernumerario mesiodens; se realizó:

1. Anestésico tópico en las zonas anestésicas.
2. Punción en el fondo del vestíbulo para anestésico el nervio dentario anterior (Figura 37).
3. Punción por palatino para anestésico el nervio nasopalatino (Figura 38).
4. Sindesmotomía (Figura 39) y extracción propiamente dicha con fórceps superior realizando movimientos laterales, circulares y de tracción (Figura 40 y 41).
5. Limpieza, acondicionamiento de los tejidos y control de hemostasia (Figura 42).

Indicaciones posoperatorias.



Figura 37: Anestesia infiltrativa por vestibular.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 38: Anestesia infiltrativa por palatino.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 39: Sindesmotomía del mesiodens.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 40: Extracción del mesiodens con fórceps.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 41: Mesiodens cónico.

Autor: Claire Pineda Álvarez



Figura 42: Control de la hemostasia.

Autora: Claire Pineda Álvarez

6.10.1.5. Fase Restauradora

Restauración con resina compuesta en los dientes 2.6, 3.6 y 4.6:

1. Anestesia local infiltrativa en las papilas dentarias de los dientes a restaurar (figura 43).
2. Aislamiento absoluto con grapa y dique de goma (figura 44 y 45).
3. Eliminación de las lesiones cariosas (figura 46).
4. Recubrimiento pulpar indirecta en diente 4.6: Limpieza con lechada de Ca, colocación de Dycal para remineralizar y ionómero de vidrio como restauración provisional por 2 citas (figura 48).
5. Conformación de las cavidades.
6. Desinfección, acondicionamiento y grabado con sistema adhesivo universal (figura 47).
7. Modelación de la restauración con resina compuesta A2 (figura 49, 50 y 51).
8. Polimerización, acabado y pulido.
9. Verificación de puntos altos de contactos.



Figura 43: Anestesia infiltrativa 2.6, 2.6 y 4.6.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 44: Colocación de hilo dental en la grapa.

Autora: Claire Pineda Álvarez

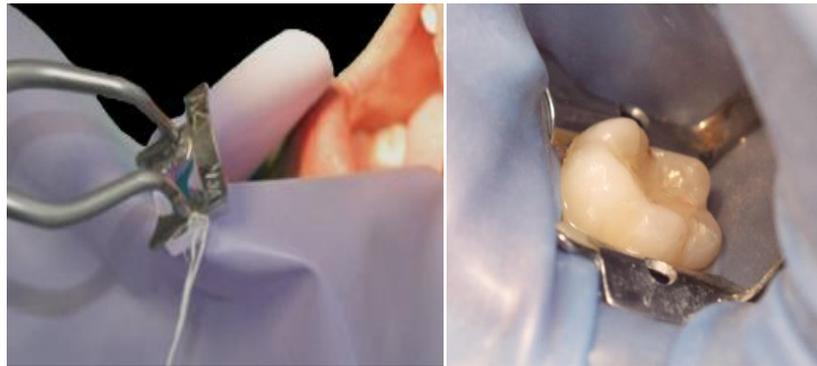


Figura 45: Aislamiento absoluto 2.6, 2.6 y 4.6.

Autora: Claire Pineda Álvarez

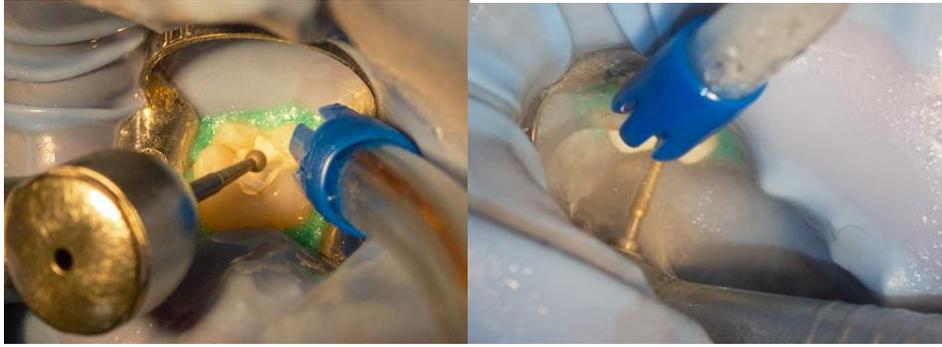


Figura 46: Eliminación de caries 2.6, 3.6 y 4.6.

Autora: Claire Pineda Álvarez

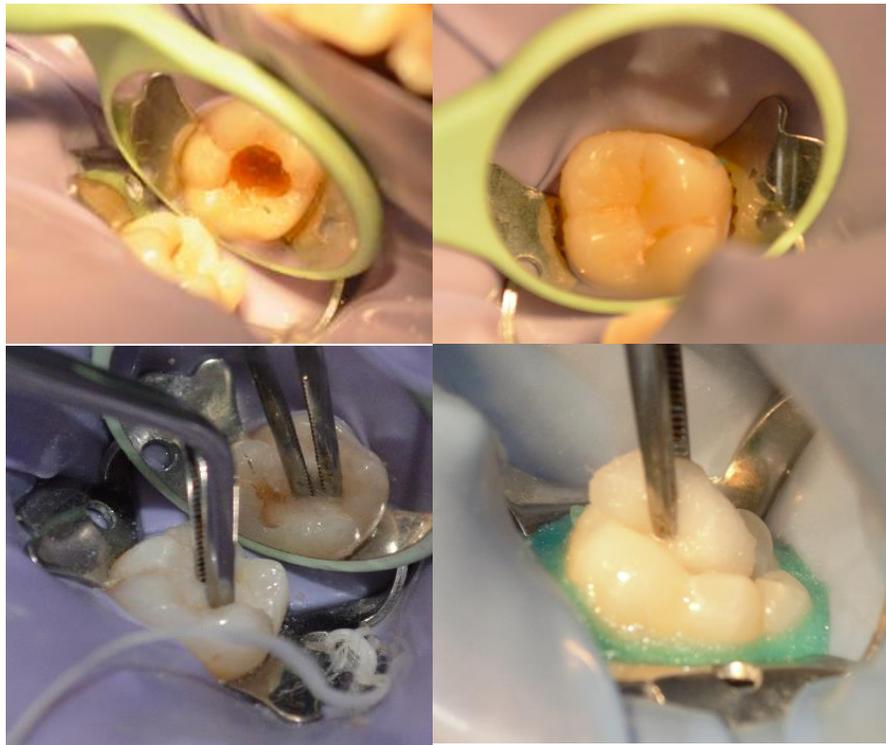


Figura 47: Desinfección de las cavidades de dientes: 2.6, 3.6 y 4.6.

Autora: Claire Pineda Álvarez

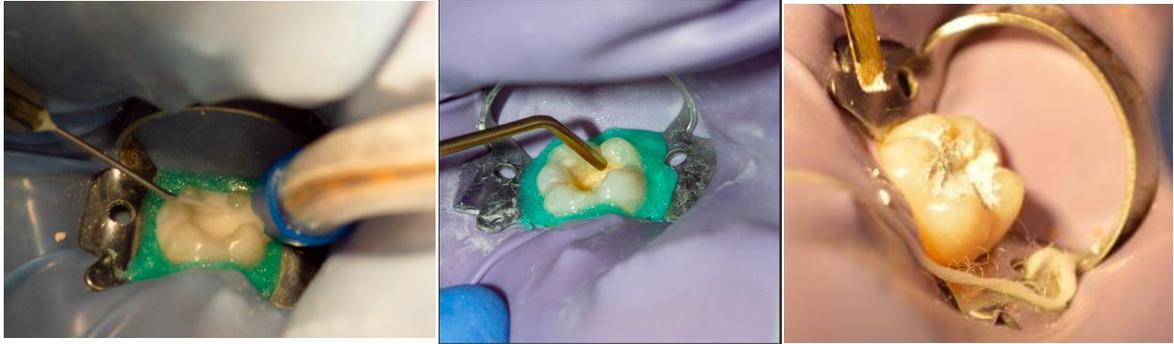


Figura 48: Recubrimiento pulpar indirecta 4.6.

Autora: Claire Pineda Álvarez

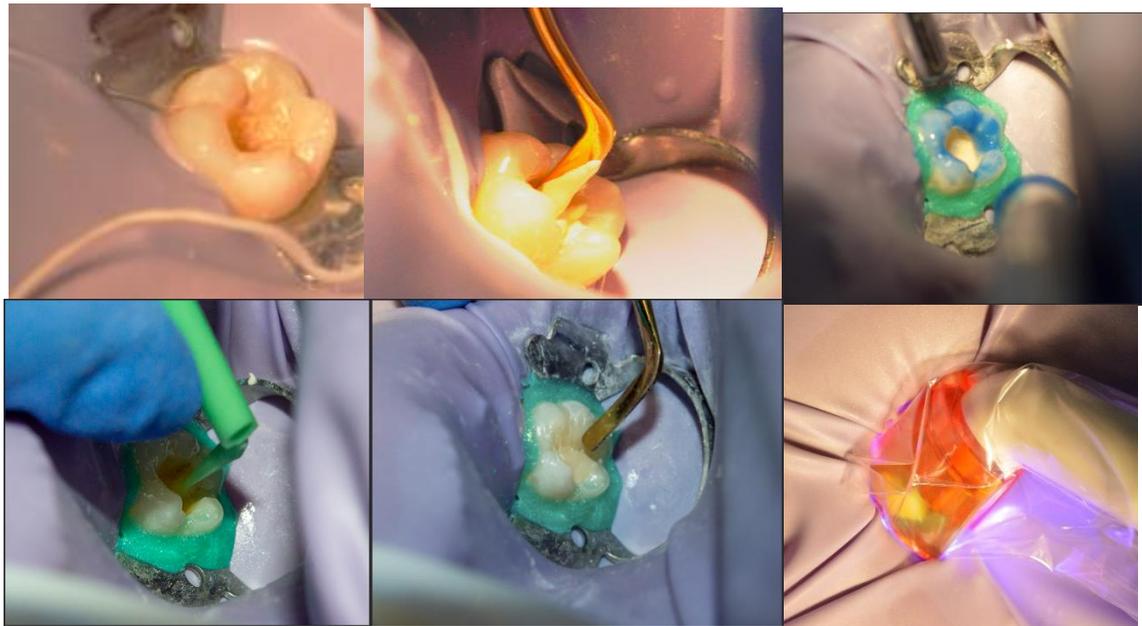


Figura 49: Restauración definitiva diente 4.6.

Autora: Claire Pineda Álvarez

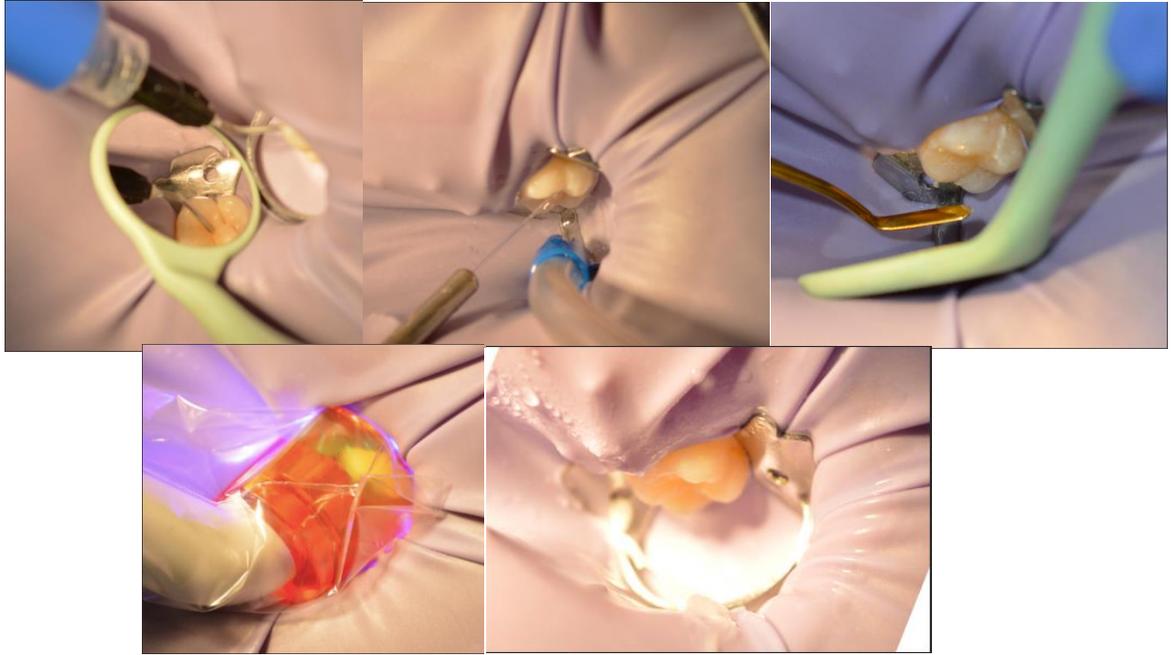


Figura 50: Restauración simple 2.6.

Autora: Claire Pineda Álvarez

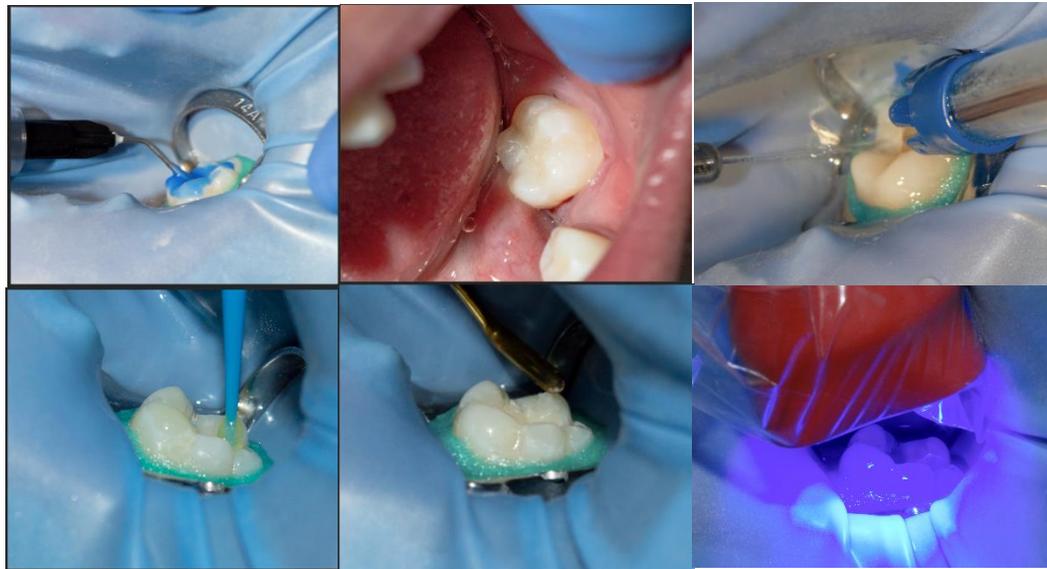


Figura 51: Restauración simple diente 3.6

Autora: Claire Pineda Álvarez

Elaboración de placa activa superior:

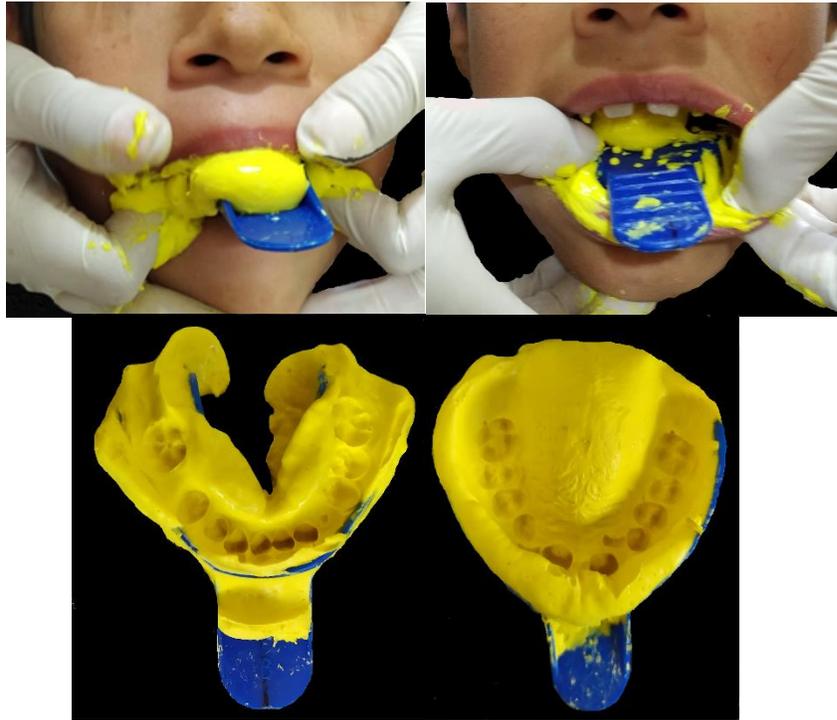


Figura 52: Modelos de estudios.

Autora: Claire Lindsay Pineda



Figura 53: Vaciado de modelos.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 54: Modelos estudio.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 55: Fotografías iniciales

Autora: Claire Pineda Álvarez.



Figura 56: Materiales para realizar la placa activa.

Autora: Claire Lindsay Pineda



Figura 57: Elaboración de placa activa

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 58: Pulido de la placa activa.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 59: Indicaciones y cuidados de la placa activa.

Autora: Claire Pineda Álvarez

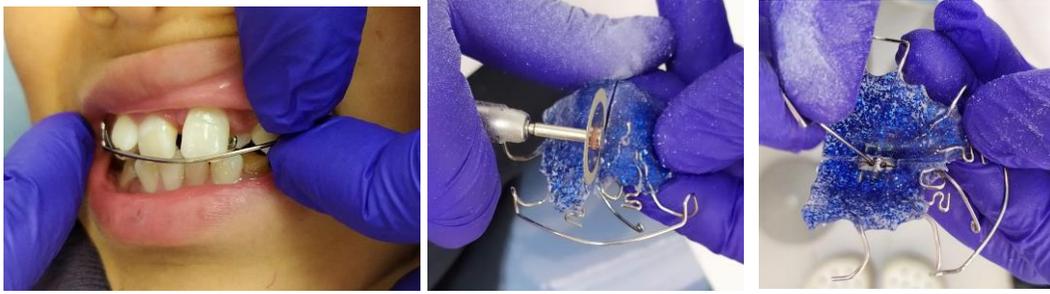


Figura 60: Primer control. Activación del tornillo expansor, ajuste de arco vestibular y resortes palatinos.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 61: Segundo control: Colocación de resina en primeros molares superiores para levantar la mordida, aumentar el overbite y darle espacio al incisivo lateral izquierdo.

Autora: Claire Lindsay Pineda



Figura 62: Tercer Control: Comparación del movimiento dentario del diente 2.2. Protrusión del 2.2 con el aumento del overbite quedando así bis a bis con su antagonista.

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 63: Tercer Control: Fotografía Frontal de comparación con la inicial y la de control. Se observa ligero movimiento hacia la línea media del 1.1

Autora: Claire Pineda Álvarez



Figura 64: Tercer Control: Colocación de resina en primeros molares superiores para aumentar el overbite.

Autor: Claire Lindsay Pineda



Figura 65: Cuarto Control: Fotografía lateral comparando la inicial con la de control. Se observa leve protrusión del 2.2.

Autor: Claire Lindsay Pineda



Figura 66: Cuarto Control. Fotografía oclusal comparando la inicial con la de control. Disminución del diastema interincisal de los centrales también se logró abrir un espacio entre el 2.4 y 2.6 para la erupción del 2.5.

Autor: Claire Lindsay Pineda



Figura 67: Cuarto Control: Ajuste del arco vestibular y resortes

Autor: Claire Lindsay Pineda



Figura 68: Quinto Control. Fotografía final: Se observa como el diastema ha sido cerrado casi en su totalidad.

Autor: Claire Lindsay Pineda

6.10.1.6 Monitoreo.

De acuerdo al riesgo alto del paciente se debe realizar el chequeo mediato cada 3 meses y los inmediatos cada 8 y 15 días para los controles de la placa activa.

7. DISCUSIÓN

En el presente caso, se rehabilitó de manera integral a un paciente pediátrico, con restauraciones de resina compuesta y la eliminación del mesiodens que generaba un diastema entre los incisivos centrales permanentes, dificultaba la erupción de los incisivos laterales, causaba apiñamiento y mal posición dentaria. adicional a esto, se sumó el uso de una placa activa como ayuda para obtener una oclusión óptima.

Fernández Miñano E. Y Col. (2015) afirman que, en el tratamiento, pueden existir dos tendencias: una temprana, donde la exodoncia se realiza antes de los 6 años de edad, y una tardía, que se realiza tras la completa formación radicular de los incisivos permanentes.

Yague-García y colaboradores (2009) hicieron énfasis en que, en la mayoría de estos casos, el tratamiento radica en la extracción o la eliminación temprana de dientes supernumerarios; sin embargo, otros autores como Carbone y colaboradores (2018) enfatizan evaluar cada caso el requerimiento de extraer el mesiodens en el momento oportuno ya que existen casos donde los mesiodens no acarrear ningún tipo de complicaciones y no interfieren con el movimiento de ortodoncia. Estos pueden ser dejados in situ, pero se debe de hacer un seguimiento radiográfico para finalmente ser extraídos.

Se presentan varias posibilidades clínicas; los casos más sencillos son aquellos en los que existe un solo diente supernumerario y se localiza superficialmente. Si el diente no está invertido, a menudo erupcionan antes que el diente normal y puede extraerse antes de que interfiera con los

dientes adyacentes. Por lo general, cuanto antes se extraigan los supernumerarios, más probabilidades habrá de que los dientes erupcionen normalmente sin ayuda (Trull, Banchillería, Vall, & Gay-Escoda, 2015).

La presencia de piezas supernumerarias es rara, estando bien formados; la conducta a seguir es dejarlos en su lugar, a menos que estén causando una maloclusión. Sin embargo, en la dentición permanente también debe considerarse si son causa de mal oclusión. De ser así, se decide la extracción. En el caso de supernumerarios con variaciones de tamaño y forma, estos dientes deben ser extraídos lo más pronto posible, sin dañar los dientes que se encuentran normales (Carbone, Romero, Galiana, & Martínez, 2018).

Según Villavicencio J, Hernández J, Medina S. (2015), en su artículo describen tres casos clínicos pocos comunes de mesiodens múltiples donde se contempló la exodoncia inmediata de los mesiodens y la remisión a ortodoncia para continuar el tratamiento y armonizar la oclusión de cada paciente; al igual que en este caso, el paciente no recibió atención odontológica a tiempo para realizar un seguimiento y la extracción en el momento oportuno y así evitar complicaciones.

8. CONCLUSIONES

- El tratamiento del mesiodens debe formar parte de un plan terapéutico quirúrgico-ortodóntico integral, el cual depende del tipo y posición de este y de su efecto potencial sobre los dientes adyacentes.
- La toma de exámenes rutinarios en odontología ayuda a evidenciar la presencia de este tipo de anomalías con la finalidad de diagnosticar a tiempo y prevenir futuras complicaciones.

- Los dientes supernumerarios superficiales, únicos, no invertidos y con variación de forma y tamaño deben ser extraídos mediante una técnica mínimamente invasiva, de forma temprana para evitar complicaciones.
- Es posible cerrar diastema con la ayuda de la placa activa; sin embargo, no es posible en su totalidad lograr la correcta erupción de los incisivos laterales, para lo cual el paciente necesitará ser evaluado para ortodoncia.
- La motivación juega un papel importante en la atención odontológica para fomentar buenos hábitos en el paciente y así cerciorarse del éxito del tratamiento.

9. RECOMENDACIONES

- Es recomendable valorar cuidadosamente cuando un diente supernumerario está erupcionado en la arcada dentaria, con la finalidad de no confundirlo con un diente normal.
- Educar al paciente y representante sobre la colocación e higiene de la placa activa, así como animar a que el paciente cumpla con todas las visitas cada 8-15 días, para los controles posteriores de la aparatología ortopédica.
- Las recomendaciones para la extracción de dientes supernumerarios pueden hacerse si la erupción de los dientes permanentes adyacentes se ha retrasado o inhibido, si hay alteración en el patrón de erupción, si se han desplazado los dientes adyacentes, si está presente alguna afección asociada o si se ha planificado realizar el tratamiento ortodóntico.

- Como última recomendación para los pacientes pediátricos por su crecimiento se debe de realizar radiografías panorámicas de maxilares por lo menos una vez al año e inculcar la visitar recurrentes al odontólogo para prevenir estas anomalías.

10. Referencias

- Alberti, G., Mondani, P., & Parodi, V. (2006). Eruption of supernumerary permanent teeth in a sample of urban primary school population in Genoa, Italy. *Eur J Pediatr Dent*, 7(2): 89-92.
- Berini Aytes, L., Yague García, J., & Gay Escoda, C. (2009). Multiple supernumerary teeth not associated with complex syndromes: a retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 14(7): E331-336.
- Bernal, K., & Cárde, M. (2014). Anomalías dentarias de número y forma. Caso clínico. *medigraphic*, Vol. VI, no. 1 pp. 9-14.
- Carbone, C. N., Romero, M. A., Galiana, A. V., & Martínez, S. E. (2018). Mesiodens en dentición mixta. Dos casos clínicos. *RAAO*, - Vol. LVIII - Núm. 1.
- Ceballos, O. D., & Espinal, G. E. (2015). Anomalías en el desarrollo y formación dental: odontodisplasia. *Int. J. Odontostomat*, 129-136.
- Choi, H., Han, J., Park, I., Baik, J., Seo, H., & Lee, J. (2011). Quantitative localization of impacted mesiodens using panoramic and periapical radiographs. *Imaging Sci Dent*, 41(2): 63-69.
- Dra. Maritza Mursulí Sosa¹, D. H. (2006). Anomalías dentales. *Gaceta Médica Espirituana*, Vol.8, No. 1 ISSN 1608 - 8921.

- Gallas MM, G. A. (2000). Retention of permanent incisors by mesiodens: a family affair. *Br Dent J*, 188(2): 63-64.
- Garcilazo G, A., Tenorio T, G., & Villaseñor M, N. (2014). Mesiodens: reporte de un caso de incisivo central superior impactado. Abordaje interdisciplinario. *Ciencias Clínicas: ELSEVIER*, Vol 15. N° 1: pág 9-13.
- Gay-Escoda, C., Mateos-Micas, M., España-Tost, A., & Gargallo-Albiol, J. (2015). Otras inclusiones dentarias. Mesiodens y otros dientes supernumerarios. Dientes temporales supernumerarios. Dientes temporales incluidos. En C. Gay Escoda, & L. Berini Aytés, *Tratado de cirugía bucal - Tomo I* (págs. pág. 497-533.). Madrid: Ed.Ergón S.A.
- Giovanetti, K., Sigua-Rodriguez, E., Pacheco, L., Portela Figueiredo, E., & Albergaria-Barbosa, J. (2016). Mesiodens. Reporte de caso. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, 28(1): 210-219.
- Jung , Y., Nah , K., & Cho, B. (2008). The relationship between the position of mesiodens and complications. *Korean J Oral Maxillofac Radiol*, 38 (2): 103-107.
- Khandelwal , V., Nayak AU, A., Naveen , R., Ninawe , N., & Nayak . (2011). Prevalence of mesiodens among six- to seventeen-year-old school going children of Indore. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 29(4): 288-293.
- Laganà G., V. N.-F. (2017). Dental anomalies: prevalence and associations between them in a large sample of non-orthodontic subjects, a cross-sectional study. *BMC Oral Health.*, 1-8.
- Marín, D. N. (2018). Frecuencia de anomalías dentales de número en niños costarricenses atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica. *ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences*, 95-102.
- Mazariegos, D. H. (s.f.). *odontocat*. Obtenido de odontocat:
<http://www.odontocat.com/odontocat/nouod2/pdf/article%20cita%20odt%2035.pdf>

- Meighani G, P. A. (2010). Diagnosis and management of supernumerary (mesiodens): a review of the literature. *J. Dent Tehran Uni Med Sci*, 7(1): 41-49.
- Miriam Alejandra Veras-Hernández, R. J.-V.-B.-R.-R.-S. (2018). Mesiodens: Diagnóstico, aspectos clínicos, radiográficos y tratamiento. Revisión bibliográfica . *Avances en Biomedicina Publicación Oficial del Instituto de Inmunología Clínica Mérida-Venezuela*, Volumen 7(3), p 166-173.
- ML. Díaz Ortiza, M. V. (2010). Mesiodens: presentación de tres casos. *Revista Pediatría de Atención Primaria* , Vol. XII N°45, 79-87.
- Multani RK1, S. K. (2015). Supernumerary teeth: an investigating tool in forensic crime investigation. *J Int Oral Health.*, 56-8.
- Nanci, A. (2017). Development of the tooth and its supporting tissues. En A. Nanci, *Ten Cate's Oral Histology: Development, structure and function*. (págs. 79-111). Louis, Missouri: Mosby: Elsevier.
- Pakdaman, G., & Meighani, A. (2010). Diagnóstico y Gestión de Supernumerarios (Mesiodens): Una Revisión de la Literatura. *J Dent (Teherán).*, 7(1): 41-49.
- Phillip-Sapp, J., Eversole, L., & Wysocki, G. (2006). Alteraciones del Desarrollo de la Región Oral. En P. Sapp, *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea* (págs. 2-20). Madrid, España: Elsevier.
- Rédua, M. d. (2010). *Manual de referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría*. Brasil: © Livraria Santos Editora Ltda.
- Rodriguez, M. D. (2010). Mesiodens: Presentación de 3 casos clínicos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, Vol XII. N° 45, 79-87.

- Russell KA, F. M. (2003). Mesiodens - diagnosis and management of a common supernumerary tooth. *J Can Dent Assoc*, 69(6): 362-366.
- Schwarzember, F. M. (11 de Abril de 2016). *ResearchGate*. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/324436128>
- Trull, G. J., Banchillería, B. E., Vall, L. R., & Gay-Escoda, C. (2015). Supernumerarios multiples no sindrómicos: descripción de un caso. *Avances en Odontoestomatología*, 10(2).p.89-93.
- Ulfohn, A. G. (2015). *La extracción dentaria. Técnica y Clínica*. Editorial Medica Panamericana .
- Verma L, G. K. (2009). Mesiodens with an unusual morphology. A case report. *J Oral Health Community Dent*, 3(2): 42-44.