

Mesiodens, macrodoncia y mala oclusión: Historia de caso clínico

Weber José da Silva Ursi

Alumno de Post-Grado al nivel de Maestría en Ortodoncia en la facultad de Odontología de Bauru -USP.

Renato Rodrigues de Almeida

Profesor Doctor asistente del Departamento de Odontopediatria y Ortodoncia de la FOB-USP, Profesor Titular de la Disciplina de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de Lins.

José Vanderlei de Alemida

Alumno de Post-Grado al nivel de Doctorado en Operatoria Dental en la FOB-USP, Profesor titular de la Disciplina de Operatoria Dental de la Universidad Federal de Uberlandia.

Rev. Odont. USP
2(2): 109-114, Abril/Jun,1988

La región anterior del maxilar es muy susceptible a las diversas anomalías dentales de forma, tamaño y número. El objetivo de este trabajo es el de revisar la literatura concerniente a la ocurrencia de mesiodens y macrodoncia, así como presentar una historia de caso clínico y su tratamiento.

Introducción

Una característica de la sociedad contemporánea es la valorización de la estética en las relaciones humanas, siendo que en la mayoría de las culturas, los factores que más contribuyen para la armonía facial se caracterizan por la forma, tamaño, posición y número de dientes anteriores. Infelizmente, es principalmente en la región antero superior que ocurren con mayor frecuencia la aparición de alteraciones que perjudican tanto el factor estético como el funcional, debiendo ser corregidas a fin de restaurar la normalidad, evitando así el desarrollo de problemas al bienestar físico, mental y social del paciente.

La historia de este caso clínico ilustra una situación poco común. El paciente presentaba dos variaciones de la normalidad: de número, con un mesiodens, y de tamaño, con un macrodiente, que estaban provocando anomalías de posición y problemas de orden estético y funcional al paciente.

Revisión de la literatura Mesiodens

El mesiodens puede ser definido como el diente supernumerario más común, localizado entre los incisivos centrales superiores, aisladamente o apareado, generalmente con la forma conoide y raíces cortas, pudiendo estar irrumpido o incluido y, ocasionalmente, hasta invertido.^{3, 7, 9}

La preocupación por los dientes, supernumerarios proviene desde muy antiguo. En el siglo VII D.C., PAULO DE AEGINA llamaba la atención por la mala oclusión que pueden causar¹¹. En 1771, JOHN HUNTER ya preconizaba que los dientes supernumerarios, de manera general, debían ser removidos, pues son problemáticos y desfiguran el rostro¹². Los dientes supernumerarios, como entidad clínica, fueron reconocidos y definidos por RUSPINI (1750) como "todos los dientes que exceden los 32"¹¹ y lo curioso, más todavía sin una explicación plausible es que aproximadamente 90% de ellos

ocurren en el maxilar ^{5,9}.

La aparición de dientes supernumerarios todavía no recibió una explicación definitiva, siendo que filogenéticamente estos dientes parecen ser remanentes de los antropoides, que poseían 12 dientes más que el *Homo sapiens* ^{2,3,6}. Su formación se da probablemente debido a una hiperactividad de la lámina dental. Sus prolongaciones epiteliales son responsables por el desarrollo del órgano del esmalte, y algunas veces, ellos sufren una proliferación exagerada. Si estas estructuras penetran en una región que permita su desarrollo, habrá formación de un órgano del esmalte y así tendremos la formación de un diente supernumerario ¹¹.

La ocurrencia de un supernumerario no es predecible. Los estudios de árboles genealógicos de algunas familias sugieren la influencia de un factor o factores genéticos, cuando, por ejemplo, se observa un diente supernumerario en la misma área en algunos miembros de una familia, por dos generaciones consecutivas ¹¹.

En el caso de los mesiodens específicamente, SEDANO & GORLIN ⁸ creen que el factor genético parece ser el más lógico para la explicación de esta anomalía, ya que en la literatura encontramos casos con incidencia familiar con más de una persona afectada en más de una generación; todavía en otros casos, aún cuando los padres del individuo afectado no presenten la anomalía, uno de los abuelos la exhibe. Una posibilidad sospechada sería el trazo autosómico dominante, con falta de penetración en algunas generaciones.

Incidencia

La incidencia de la aparición del mesiodens, relatada en la literatura, varía entre 0,15 y 1% ^{6,10}, con predilección de 2/1 para el sexo masculino.

Epoca de formación

No existe una especie definida para la formación del mesiodens, variando desde la época pre-natal hasta después de los nueve años. Con mayor frecuencia su formación ocurre tardíamente, de modo que son raramente encontrados en la dentadura decidua y muchas veces no irrumpen en

la permanente. Si estos se desarrollan en la misma época que los dientes deciduos hay una gran probabilidad de que estos irrumpen. El problema de formación tardía es que frecuentemente estos no son detectados radiográficamente hasta los 11 ó 12 años ⁷, siendo necesario el examen radiográfico periódico para disipar cualquier duda en cuanto a su formación.

Tratamiento

La razón para la detección y remoción inmediata de casos de mesiodens es que estos casi siempre contribuyen a la formación de una mala oclusión dental ⁷.

DAY ¹ expone las siguientes posibilidades de la relación de un mesiodens con los incisivos superiores permanentes: a) ninguna anomalía en los incisivos, b) diastema central, c) incisivos permanentes irrumpidos y mal posicionados, d) no erupción de uno o más incisivos; y e) edema cístico en la región pre-maxilar.

SALZMANN ⁷ resalta todavía que un mesiodens no irrumpido puede provocar reabsorciones radiculares en los dientes permanentes.

La detección de un mesiodens, cuando ha erupcionado es un procedimiento clínico simple, siendo que su identificación se facilita por su forma y tamaño atípicos, con localización característica. Cuando no erupciona, además de la evidencia radiográfica, algunas señales sugieren su presencia, como la exfoliación tardía de los dientes deciduos, atraso en la erupción de los dientes permanentes o su mala posición, diastemas, rotaciones o inclinación axial alterada ¹¹.

La indicación para la casi totalidad de los mesiodens es su remoción, visto que además de la interceptación del desarrollo de una mala oclusión, esta previene la aparición de degeneraciones císticas, reabsorciones radiculares o daños a la pulpa de los dientes permanentes adyacentes ^{3,7,11}.

Existen mientras tanto, algunas dudas en cuanto a la época ideal para la intervención quirúrgica, si inmediatamente al diagnóstico o posteriormente, cuando las raíces de los dientes adyacentes están completas y el pequeño paciente

esté preparado psicológicamente para someterse a la cirugía. En un trabajo reciente, HOGSTROM & ANDERSON⁴ disiparon esta duda, concluyendo que no existen diferencias en cuanto a los riesgos entre los abordajes, sugiriendo que la remoción inmediata no es siempre necesaria si no existen patologías locales o si el niño es atendido regularmente.

Macrodoncia

Como otras anomalías de tamaño, la macrodoncia está determinada por el factor hereditario y con las demás estructuras del cuerpo humano, el diente está sujeto a grandes variaciones, tanto intra como interindividuales³. La ocurrencia

de un único diente con macrodoncia es relativamente raro, y éste se presenta normal en todos los aspectos, excepto en cuanto al tamaño.

La macrodoncia verdadera no debe ser confundida con la fusión o germinación dentales ocasionadas, en el inicio de la odontogénesis, por la unión de dos o más dientes, generando uno con proporciones aventajadas.

Historia de caso clínico

Un paciente del sexo masculino, con nueve años de edad, procuró la clínica de Ortodoncia de la FOB-USP, en septiembre de 1986, presentando un mesiodens y un macrodiente que estaban



Figura 1



Figura 2

Figura 1 y 2 Vista Frontal (1) y oclusal (2) de la mala oclusión

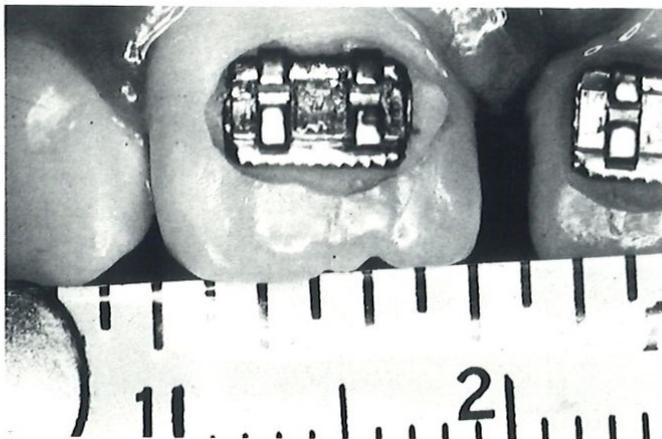


Figura 3



Figura 4

Figuras 3 y 4 Medición del ancho mesio-distal de los incisivos centrales derecho (1) e izquierdo (2).

provocando malas posiciones en los dientes contiguos con evidentes trastornos estéticos.

Después de la realización de la documentación, el plan de tratamiento fue elaborado, tomándose en cuenta, además de la discrepancia de tamaño entre los incisivos centrales superiores derecho e izquierdo, la coincidencia de la línea



Figura 5

para minimizar esta discrepancia, la realización de un pequeño desgaste en las caras mesial y distal del incisivo central derecho y un aumento con resina compuesta en el incisivo central izquierdo.

El tratamiento efectivo se inició en noviembre de 1986 con la colocación de un bracket en el incisivo central superior izquierdo y la instalación de



Figura 6

Figuras 5 y 6 Vista frontal (5) y oclusal (6) del aparato utilizado al inicio del tratamiento.

media del primero con los incisivos inferiores (Fig. 1 y 2). La primera disposición tomada fue encaminar el paciente para la extracción del mesiodens, siendo que no se constató radiográficamente otro diente supernumerario.

una placa deacrílico con un gancho de hilo de acero inoxidable de 0.9 mm de diámetro emergiendo de la cara distal del incisivo lateral superior derecho, para que se efectuase una tracción elástica (elástico 3/

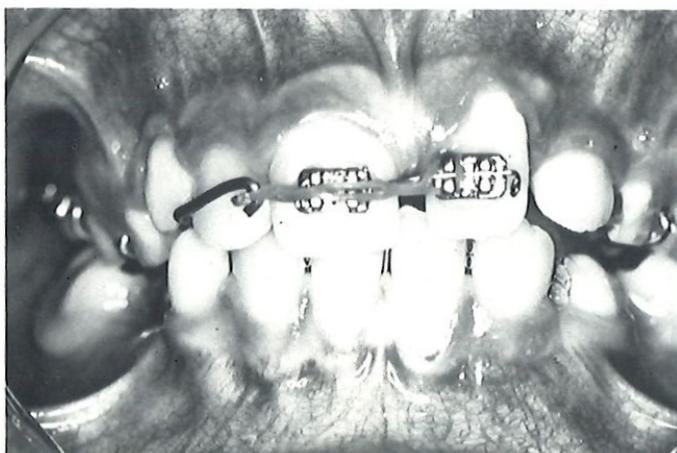


Figura 7 Vista frontal del dispositivo para mejorar el control sobre la inclinación axial del diente en movimiento.

El incisivo central superior derecho presentaba un largo mesio-distal de 11 mm (Fig.3) y el izquierdo, 8 mm (Fig.4), lo que agravaba la condición estética del paciente. Fue consultado un profesional del área de operatoria, que aconsejó,

16") partiendo de este gancho a la aleta mesial del bracket (Figs. 5 y 6).

Se optó por este tipo de anclaje diente-paladar, pues la utilización del incisivo superior derecho como anclaje recíproco simple o estacionario

acarrearía el desvío de la línea media superior para la izquierda, ya que la fuerza desarrollada por el elástico ortodóntico movería ambos dientes.

Después de dos meses de tratamiento para mejorar el control sobre la inclinación del diente en movimiento, se colocó un bracket en el incisivo central superior derecho, siendo confeccionado un segmento de arco con hilo .020" entre los dos

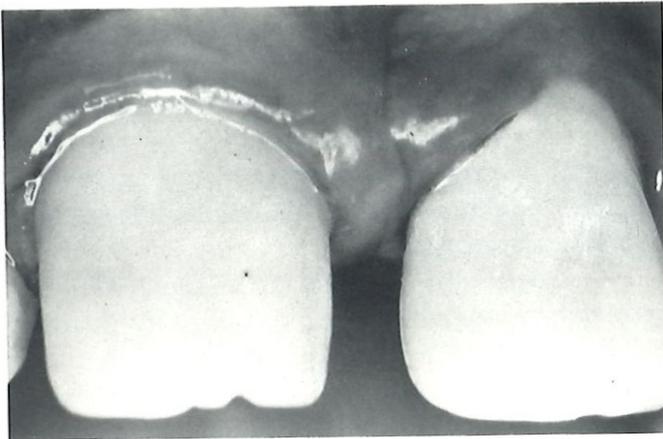


Figura 8. Vista frontal del desgaste inicial y adición con resina compuesta, respectivamente, en los elementos dentales 11 y 21.

incisivos, prosiguiéndose con la mesialización del incisivo central superior izquierdo (Fig.7).

Para facilitar el trabajo de operatoria dental, el movimiento fue interrumpido y los brackets removidos. En seguida, con punta diamantada No.º3202 (K.G. Sorensen), se procedió al desgaste

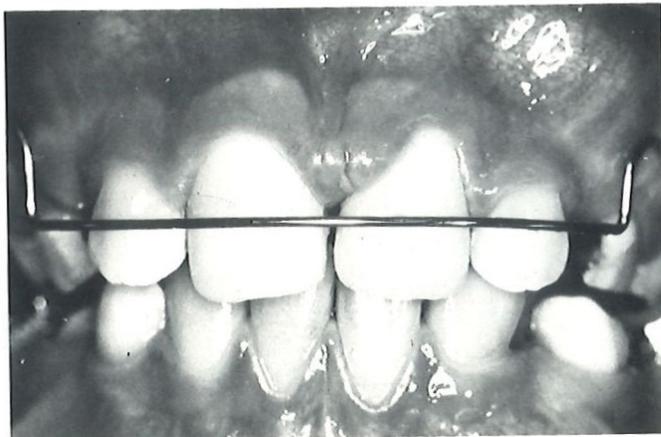


Figura 10

de 0,5 mm de las caras mesial y distal del incisivo superior derecho, reduciendo su largo mesio-distal para 10mm. Se realizó también un pequeño desgaste al nivel del cuello dental y se añadió resina compuesta en la cara incisal y vestibular. Este procedimiento contribuyó a transformarlo de una forma cuadrada (Fig. 8) en trapezoidal, que además de ser más estético, se tornó más semejante al incisivo central

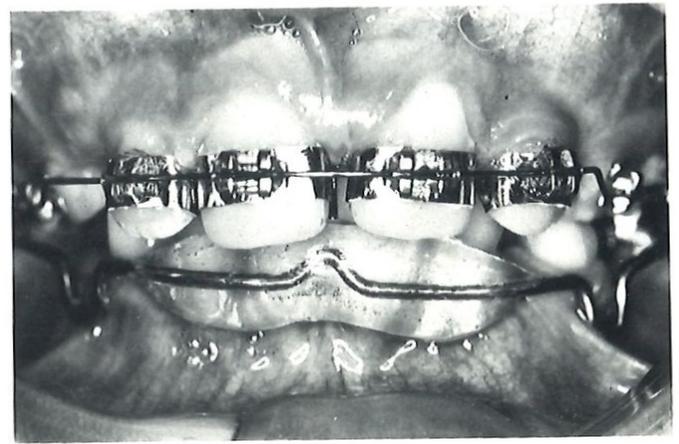


Figura 9. Vista frontal de las bandas de los dientes permanentes anterosuperiores y brackets en los dientes deciduos superiores y de la placa labio activa en el arco inferior.

superior izquierdo, que también sufrió modificaciones (Fig. 9). A través de la técnica de condicionamiento ácido del esmalte y del uso de resina fluida y resina compuesta, el incisivo izquierdo tuvo su ancho mesio-distal aumentado de 8 mm para 9,5 mm, aproximando sus dimensiones al del incisivo

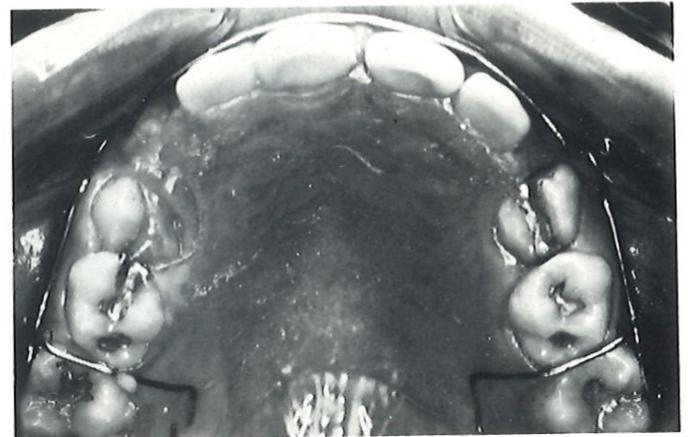


Figura 11

Figuras 10 y 11 Vista frontal (10) y oclusal (11) del aparato de contención del tipo HAWLEY.

central derecho, lo que mejoró sobremanera la estética y la función.

Premeditadamente, el incisivo central superior izquierdo quedó 0,5 mm menor que el derecho, pues, para tener medidas iguales y estética favorable, tendríamos que aumentar la cantidad de resina subgingivalmente, al nivel del cuello dental, lo que ciertamente promovería una irritación gingival debida a la dificultad de higienización del área.

Para establecer la forma normal del arco dental superior, los dientes deciduos recibieron bracket unidos sobre bandas metálicas colocadas en los cuatro incisivos. Se optó por la colocación de las bandas metálicas pues se temía fracturas o irregularidades en el material restaurador, cuando de la remoción de un bracket unido en el diente que recibió la adición con resina compuesta (Fig.9). La placa labio activa en el arco inferior está siendo utilizada sólo para mantener espacio para los dientes permanentes inferiores.

Las bandas y brackets fueron removidas diez meses después del inicio del tratamiento e instalado un aparato de contención tipo Hawley, estando el

paciente en control periódico para observación de la erupción de los otros dientes permanentes (Fig. 10 y 11).

La figura 12 ilustra el acabado final que los dientes recibieron después de terminada la corrección.

Conclusión

La asociación de los procedimientos clínicos de remoción del mesiodens, la disminución del ancho mesio-distal del macrodiente, el aumento del ancho mesio-distal del incisivo central superior izquierdo con resina compuesta y el cierre del diastema ortodónticamente, promovieron una estética favorable al paciente.

Creemos que los resultados obtenidos fueron excelentes y los procedimientos utilizados pueden ser realizados tanto por profesionales no ortodoncistas como clínicos generales y odontopediatras, que posean un mínimo de nociones básicas de movimiento ortodóntico.



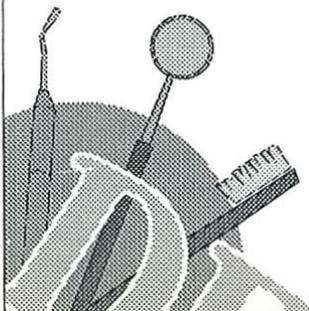
Figura 12 Vista frontal del acabado final después de la corrección ortodóntica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

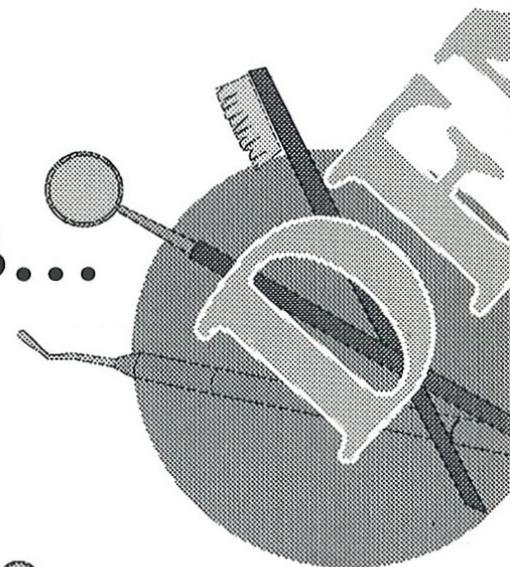
1. DAY, R.C.B. Supernumerary teeth in the premaxillary region. Brit. dent. J., 116(7):304-8, Apr., 1964.
2. FERRIS, H.B. apud STAFNE, E.C. (10) p. 654.
3. GRABER, T.M. Orthodontics, principales and practice. 3 ed. Philadelphia, Saunders, 1972. p. 326-47.
4. HOGSTROM, A. & ANDERSON, L. Complications related to surgical removal of anterior supernumerary teeth in children. J. Dent. Child., 54(5):341-43, Sept./Oct., 1987.
5. LUTEN, J.R. The prevalence of supernumerary teeth in primary and mixed dentition. J. Dent., child., 34(5):346-53, Sep. 1967.
6. SAARENMAA, L. The origin of supernumerary teeth. Acta odont. scand., 9(4):293-303, Sep. 1951.
7. SLAZMANN, J.A. Orthodontics in daily practice. Philadelphia, Lippincott, 1974. p. 230-2.
8. SEDANO, H. & GORLIN, R.J. Familial occurrence of mesiodens. Oral Surg., 27(3):360-2, Mar. 1969.
9. SHAFER, W.G. et alii. Tratado de patología bucal. 4 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. p. 43-4.
10. STAFNE, E.C. Supernumerary teeth. Dent. Cosmos, 74(7):653-9, July, 1932.
11. WEBER, F.N. Supernumerary teeth. Dent. Clin. N. Amer., 74(7):509-17, July 1964.
12. WEIBERGER, B.W. apud WEBER, F.N. (11) p. 509.

Para completar al más minucioso de los odontólogos...

... llegó DENCA; el depósito dental en verdad mejor del país.
DENCA proporciona los más sofisticados y mejores productos del mercado.
Definitivamente DENCA es su mejor elección.



*mucho
más variedad*



DENCA
Dental Campusano
SU SUPLIDOR POR EXCELENCIA

Av. 27 de Febrero 481 3º Piso • Suite 313, Edificio Acuario,
Tels.: 531-7092 • 530-2300, Santo Domingo, R.D.