

# ODONTOPEDIATRÍA

## EN ACCIÓN TOMO 1



Astrid Amaris Portugal Solís  
Nelly Eulalia Centeno Zhicay  
Marco Miguel Vega García  
Adriana Verónica Martínez Portilla

**Odontopediatría en Acción Tomo 1**

**Odontopediatría en Acción Tomo 1**

Astrid Amaris Portugal Solís

Marco Miguel Vega García

Nelly Eulalia Centeno Zhicay

Adriana Verónica Martínez Portilla

**IMPORTANTE**

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado. Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-650-11-5

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-650-11-5>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Septiembre 2023

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

[www.cuevaseditores.com](http://www.cuevaseditores.com)

**Editado en Ecuador - Edited in Ecuador**

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

## **Índice:**

<b>Índice:</b>	<b>5</b>
<b>Prólogo</b>	<b>6</b>
<b>Caries Dental</b>	<b>7</b>
Astrid Amaris Portugal Solís	7
<b>Gingivitis y Enfermedad Periodontal</b>	<b>21</b>
Marco Miguel Vega García	21
<b>Hipoplasia del Esmalte</b>	<b>42</b>
Nelly Eulalia Centeno Zhicay	42
<b>Dientes Supernumerarios</b>	<b>53</b>
Adriana Verónica Martínez Portilla	53

## **Prólogo**

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

## **Caries Dental**

*Astrid Amaris Portugal Solís*

Odontóloga

Odontóloga en Clínica Privada

La caries dental es una enfermedad multifactorial que afecta los tejidos duros del diente, como el esmalte y la dentina, debido a la acción de los ácidos producidos por bacterias presentes en la placa dental. Es una de las afecciones más comunes en la cavidad oral y se caracteriza por la desmineralización y destrucción progresiva de la estructura dental, lo que puede llevar a la formación de cavidades o agujeros en el diente.(1)

Es especialmente importante en la población infantil debido a su alta prevalencia y sus posibles repercusiones en la salud bucodental y general de los niños.

- **Alta Prevalencia:** La caries dental es una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia. Se estima que afecta a millones de niños en todo el mundo, lo que la convierte en un problema de salud pública significativo.
- **Dolor e Incomodidad:** La caries dental puede causar dolor y sensibilidad en los dientes, lo que puede afectar la alimentación, el sueño y el bienestar general del niño. El dolor dental puede

interferir en la calidad de vida y el desarrollo adecuado del niño.

- **Impacto en la Alimentación y Nutrición:** Los dientes afectados por caries pueden dificultar la masticación y la ingesta de alimentos, lo que puede llevar a una mala nutrición y un desarrollo inadecuado en los niños.
- **Problemas en el Habla:** Las caries en los dientes frontales pueden afectar el habla y la pronunciación de los niños, lo que puede influir en su comunicación y desarrollo del lenguaje.(2)
- **Complicaciones a largo plazo:** Si la caries no se trata a tiempo, puede avanzar y afectar la estructura dental, lo que puede requerir tratamientos más invasivos como empastes, endodoncias y extracciones. Además, la caries no tratada puede aumentar el riesgo de infecciones dentales y abscesos.
- **Hábitos de Higiene Oral:** La presencia de caries en los niños puede estar relacionada con malos hábitos de higiene oral y dieta poco saludable. Es fundamental establecer rutinas de higiene oral

adecuadas desde temprana edad para prevenir la caries y promover la salud bucodental.

- **Importancia de la Prevención:** La caries dental es una enfermedad prevenible. La educación sobre hábitos saludables, la visita regular al dentista y la aplicación de flúor son medidas efectivas para prevenir la aparición de caries en los niños.

En conclusión, la caries dental en la población infantil representa un desafío importante para la salud pública. La promoción de hábitos de higiene oral adecuados y la prevención y tratamiento oportuno de la caries son fundamentales para garantizar una buena salud bucodental y general en los niños.(3)

### **Características Clínicas en Niños:**

La caries dental en niños puede manifestarse de diferentes formas, dependiendo de la etapa de desarrollo de los dientes y la gravedad de la lesión.

- Presencia de manchas blancas o decoloraciones en la superficie del diente. Estas manchas pueden

indicar la desmineralización inicial del esmalte dental.

- Formación de cavidades o agujeros en el esmalte dental, que pueden progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental.
- Sensibilidad dental ante estímulos térmicos (frío o calor) y alimentos dulces o ácidos.
- Dolor o molestias al masticar o al presionar el diente afectado.
- Cambios en la forma o apariencia del diente afectado.(4)

### **Localización y Afectación Dental en Niños:**

La caries dental en niños puede afectar diferentes dientes y áreas de la boca. Algunas localizaciones comunes de la caries en niños son:

- **Caries en los dientes anteriores (incisivos):** Es común observar caries en los dientes frontales, especialmente en la superficie delantera del diente, ya que esta zona es más propensa a la acumulación de placa bacteriana.



- **Caries en los dientes posteriores (molares y premolares):** Los dientes posteriores tienen surcos y fisuras en su superficie, lo que los hace más susceptibles a la retención de alimentos y placa bacteriana, aumentando el riesgo de caries en estas áreas.



- **Caries interdental:** La acumulación de placa bacteriana entre los dientes puede provocar la formación de caries interdental.



- **Caries de la primera infancia:** Afecta a los dientes de leche en niños pequeños, generalmente relacionada con el uso prolongado de biberón con líquidos azucarados antes de dormir.



Es fundamental destacar que la caries dental en niños puede progresar rápidamente debido a la naturaleza más blanda y delgada del esmalte en los dientes de leche. Por esta razón, la detección temprana y el tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones y asegurar una adecuada salud bucodental en la infancia.(5)

### **Diagnóstico:**

El diagnóstico de la caries dental en niños se realiza mediante una evaluación clínica y la utilización de técnicas de imagen.

1. **Examen Clínico:** Se realiza una inspección visual y palpación de los dientes para detectar la presencia de manchas, cavidades u otras irregularidades en la superficie dental.
2. **Radiografías:** Las radiografías dentales pueden revelar la presencia de caries entre los dientes y bajo la superficie, lo que permite evaluar la gravedad de la lesión.

3. **Utilización de Tintes:** En algunos casos, se pueden utilizar tintes o soluciones de contraste para identificar áreas afectadas por caries.
4. **Pruebas de Sensibilidad:** Se puede utilizar estímulos térmicos o alimentos ácidos para evaluar la sensibilidad dental y detectar posibles caries.(6)

### **Prevención y Cuidados:**

La prevención es clave para mantener una buena salud bucodental y prevenir la aparición de caries en niños.

Algunas medidas de prevención y cuidados son:

- **Higiene Oral:** Enseñar a los niños a cepillarse los dientes adecuadamente al menos dos veces al día, utilizando pasta dental con flúor.
- **Uso de Hilo Dental:** Es importante enseñar a los niños a utilizar el hilo dental para limpiar entre los dientes y prevenir la acumulación de placa bacteriana.
- **Dieta Saludable:** Limitar el consumo de alimentos y bebidas azucaradas, especialmente

entre comidas. Fomentar una dieta rica en frutas, verduras y alimentos nutritivos.(7)

- **Aplicación de Flúor:** El dentista puede aplicar flúor tópico en los dientes para fortalecer el esmalte y prevenir la aparición de caries.
- **Selladores Dentales:** Los selladores dentales son una capa protectora que se aplica en las superficies de los dientes posteriores para prevenir la acumulación de placa y evitar la formación de caries.
- **Visitas Regulares al Dentista:** Es fundamental que los niños acudan regularmente a revisión con el dentista para detectar y tratar cualquier problema dental a tiempo.
- **Educación:** Educar a los niños y sus padres sobre la importancia de una adecuada higiene oral y los cuidados necesarios para prevenir la caries.

El cuidado temprano y la prevención adecuada son esenciales para proteger la salud dental de los niños y prevenir la aparición de caries, lo que les permitirá

mantener una sonrisa sana y hermosa a lo largo de su vida.(8)

### **Tratamiento:**

El tratamiento de la caries dental en niños dependerá del grado de afectación y la extensión de la lesión.

- **Eliminación del Tejido Cariado:** En el caso de caries en etapas iniciales, el dentista puede remover el tejido dental afectado y restaurar el diente con materiales como composite o amalgama.
- **Obturación o Empaste:** Cuando la caries es más extensa, se realiza una obturación o empaste para restaurar la forma y función del diente afectado.
- **Endodoncia:** Si la caries ha llegado hasta la pulpa dental y causado una infección, puede ser necesario realizar un tratamiento de conducto o endodoncia para eliminar la infección y salvar el diente.
- **Coronas Dentales:** En casos de caries extensas que comprometen gran parte del diente, puede ser

necesario colocar una corona dental para proteger y fortalecer el diente restaurado.

- **Extracción:** En situaciones en las que el diente está gravemente dañado y no puede ser tratado, puede ser necesario extraer el diente afectado.(9)

Además del tratamiento dental, es fundamental seguir con las medidas de prevención y cuidados mencionadas anteriormente para evitar la aparición de nuevas caries y mantener una adecuada salud bucodental en los niños. Un enfoque integral que incluya educación, atención odontológica regular y hábitos saludables será clave para garantizar una sonrisa saludable y duradera en los más pequeños.(10)

### **Bibliografías:**

1. Vicepresidente de Mathur, Dhillon JK. Caries dental: una enfermedad que necesita atención. *Indio J Pediatr.* 2018 marzo;85(3):202-206.
2. Balají SM. Caries dental: Perspectiva de investigación. *Indio J Dent Res.* 2018 ene-feb;29(1):3.

3. Ashi H. Experiencia de caries dental entre la población con síndrome de Down en Arabia Saudita: una revisión sistemática. *Níger J Clin Pract.* 2021 agosto; 24 (8): 1109-1116.
4. Bordoni NE, Salgado PA, Squassi AF. Comparación entre índices para el diagnóstico y orientación para el tratamiento de la caries dental. *Acta Odontol Latinoam.* 31 de diciembre de 2021; 34 (3): 289-297.
5. Okolo CC, Oredugba FA, Denloye OO, Adeyemo YI. Caries dental, lesiones dentales traumáticas y gingivitis entre niños de la calle en Kano, Nigeria. *África Occidental J Med.* 20 de octubre de 2022; 39 (10): 1040-1044.
6. Siddiqui AA, Alshammary F, Mulla M, Al-Zubaidi SM, Afroze E, Amin J, Amin S, Shaikh S, Madfa AA, Alam MK. Prevalencia de caries dental en Pakistán: una revisión sistemática y metanálisis. *BMC Salud Bucal.* 2021 16 de septiembre; 21 (1): 450.
7. Akbar TP, Hall AF, Richards D, Freeman R. Factores asociados con la caries dental: experiencias diferenciales entre personas encarceladas en Escocia. *J Atención Sanitaria Correcta.* 2022 de octubre; 28 (5): 301-307.
8. Pesaressi E, Villena RS, Bronkhorst EM, Frencken JE. Caries dental en preescolares de tres años de Lima, Perú evaluada según el instrumento CAST. *Acta Odontol Latinoam.* 1 de septiembre de 2020; 33 (2): 90-97.
9. Reddy VP, Reddy VC, Krishna Kumar RVS, Sudhir KM, Srinivasulu G, Deepthi A. Experiencia de caries dental en

relación con el índice de masa corporal y las medidas antropométricas de niños rurales del distrito de Nellore: un estudio transversal. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2019 ene-mar;37(1):12-17.

10. Díaz-Fabregat B, Ramírez-Carmona W, Cristina Gava Pizi E, Avansini Marsicano J, Leal do Prado R. Calidad de vida y caries dental en preescolares, una visión desde la atención primaria odontológica [atención dental primaria]. *Atón Primaria.* 2021 abril;53(4):101979.

# **Gingivitis y Enfermedad Periodontal**

***Marco Miguel Vega García***

Odontólogo Graduado en la Universidad Estatal de  
Cuenca

Libre Ejercicio de la Profesión

### **Introducción:**

La salud oral en niños y adolescentes trasciende más allá de la simple prevención de caries. El tejido periodontal, que incluye las encías, el ligamento periodontal y el hueso alveolar, juega un papel crucial en la retención de los dientes y la estabilidad general de la boca. Sin embargo, este tejido es vulnerable a diversas enfermedades, siendo las más comunes la gingivitis y la enfermedad periodontal. (1)

Estas afecciones son a menudo pasadas por alto en la población pediátrica, ya que se consideran problemas más asociados a la edad adulta. Sin embargo, su aparición en edades tempranas puede ser un presagio de complicaciones más serias en el futuro. Además, estas enfermedades pueden ser indicativas de problemas sistémicos o de hábitos de higiene inadecuados que, de no ser corregidos, pueden tener repercusiones duraderas. (1)

### **Epidemiología:**

La gingivitis es una afección común de las encías que se manifiesta en personas de todas las edades. En Ecuador, el 77% de los niños y adolescentes la padecen (2). Se ha observado que la prevalencia de la gingivitis aumenta con la edad: a los 3 años, la incidencia es del 36%, a los 5 años aumenta al 64% y a los 10 años, puede llegar hasta un 97% (3). Sin embargo, en la etapa adolescente, la tasa tiende a disminuir, pero se eleva nuevamente al acercarse a los 20 años. Estos cambios en las cifras se pueden atribuir a factores como el incremento de dientes y, por ende, más superficies expuestas, así como a fluctuaciones hormonales, la erupción dental y los hábitos de limpieza oral. (4)

Los estudios epidemiológicos han revelado que la periodontitis puede afectar a un porcentaje sustancial de la población, con tasas que varían según la edad, los hábitos de cuidado bucal y otros factores de riesgo. En Ecuador, al igual que en otros lugares, se ha observado una prevalencia de periodontitis que aumenta con la edad, siendo más común en adultos y personas mayores.

Aunque las cifras exactas pueden fluctuar, se estima que entre el 20% y el 50% de la población puede estar en riesgo o afectada por esta afección. (5)

**Definición:**

La gingivitis es una inflamación de las encías, generalmente provocada por la acumulación de placa bacteriana en la interfaz diente-encía. Se considera la etapa inicial y reversible de las enfermedades periodontales. (6)

Mientras que la enfermedad periodontal comprende un conjunto de enfermedades inflamatorias crónicas que afectan los tejidos de soporte dental, incluidos el ligamento periodontal, el hueso alveolar y las encías (6). A diferencia de la gingivitis, la enfermedad periodontal puede causar pérdida irreversible de tejido y hueso. (7)

**Etiología:**

La gingivitis y la enfermedad periodontal son afecciones bucales cuyo origen principal radica en la acumulación de placa bacteriana en los dientes y las encías. (8)

Las malposiciones dentales pueden favorecer la retención de placa y dificultar una adecuada higiene, restauraciones desbordadas o mal adaptadas pueden actuar como nichos para la acumulación bacteriana. (8). A su vez, la mineralización de la placa bacteriana forma el tártaro o cálculo, que se adhiere firmemente a los dientes y puede irritar los tejidos gingivales. (9)

Durante la pubertad, el embarazo, el ciclo menstrual y la menopausia, los cambios hormonales pueden aumentar la susceptibilidad a la inflamación gingival. Padecer diabetes, enfermedades cardiovasculares y ciertas inmunodeficiencias pueden influir en la aparición o progresión de la enfermedad periodontal. (10)

Enfermedades bacterianas como la gonorrea, víricas como la varicela o la mononucleosis y fúngicas como la candidiasis seudomembranosa pueden generar lesiones periodontales. Por otro lado, enfermedades de origen genético como la fibromatosis gingival hereditaria pueden alterar el periodonto. (11)

Medicamentos como los anticonceptivos orales pueden generar agrandamientos gingivales y modificar la respuesta de la encía frente a la presencia de placa bacteriana. (11) El uso de algunos fármacos, como los antiepilépticos (fenitoína), ciertos bloqueadores de canales de calcio (nifedipina) y medicamentos inmunosupresores (ciclosporina A), pueden causar hipertrofia gingival o afectar la salud periodontal. (12)

Una técnica de cepillado y uso de hilo dental inadecuados son los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades gingivales y periodontales (13). También el consumo de tabaco está fuertemente asociado con el desarrollo y la progresión de la enfermedad periodontal y puede disminuir la respuesta al tratamiento. (14) Algunos individuos pueden tener una susceptibilidad inherente a desarrollar enfermedad periodontal debido a factores genéticos. (15)

La etiología de la gingivitis y enfermedad periodontal es multifactorial y, por lo tanto, el abordaje para su

prevención y tratamiento debe ser integral, considerando todos los factores de riesgo involucrados. (16)

### **Manifestaciones Clínicas:**

Para determinar de mejor manera las manifestaciones clínicas de las enfermedades periodontales en la población pediátrica, es necesario tener en consideración las características de los tejidos periodontales sanos. A pesar de que el periodonto en un adulto es el mismo del infante, este sufre diversos cambios durante el desarrollo del individuo. En lo que respecta al color, es un tanto subjetivo ya que algunos autores mencionan que tiene una coloración rosa pálido, mientras que otros describen un color rojo intenso debido a la vascularización y menor queratinización del epitelio. Por otro lado, la encía insertada presenta más flacidez, es menos ancha y no presenta el característico punteado “cáscara de naranja”, el cual, empieza a manifestarse a los 3 años de edad. Además, la encía marginal suele ser gruesa y redondeada, las papilas interdentes varían de forma en base a la presencia o ausencia de diastemas, los cuales son comunes en la dentición temporal. (17)

## Gingivitis



*Img 1. Si la inflamación en las encías no se controla, puede progresar y producir pérdida del hueso de soporte.*

1. **Enrojecimiento:** Las encías afectadas suelen presentar un color más rojo en comparación con el rosa coral sano.
2. **Edema:** Las encías pueden parecer hinchadas o abultadas.
3. **Sangrado:** Las encías pueden sangrar fácilmente durante el cepillado, el uso del hilo dental o

incluso espontáneamente. Es un signo clásico de inflamación gingival.

4. **Halitosis:** Puede haber mal aliento o un mal sabor en la boca, a menudo debido a la acumulación de bacterias y restos de comida.
  5. **Sensación de malestar:** Aunque la gingivitis puede ser asintomática, algunas personas pueden experimentar malestar o sensibilidad gingival.
- (18)

### **Enfermedad Periodontal**



*Img 2. Las periodontitis es la inflamación del periodonto, o conjunto de estructuras que sujetan los dientes a los maxilares.*

- **Profundización del Surco Gingival:** Se forman "bolsas periodontales" entre el diente y la encía, que son espacios anormales causados por la destrucción del tejido periodontal.
- **Retracción Gingival:** Las encías pueden comenzar a retroceder, exponiendo más superficie dental y, en ocasiones, las raíces de los dientes.
- **Movilidad Dental:** Como resultado de la pérdida de soporte óseo y ligamentoso, los dientes pueden comenzar a moverse o desplazarse.
- **Pus:** Puede haber formación de pus entre los dientes y las encías, indicativo de una infección activa.
- **Dolor:** A diferencia de la gingivitis, la enfermedad periodontal avanzada puede ser dolorosa, especialmente durante la masticación.
- **Pérdida Dental:** En etapas avanzadas, la pérdida ósea y el compromiso del soporte dental pueden llevar a la pérdida espontánea de dientes.
- **Halitosis Persistente:** A pesar de la higiene oral, el mal aliento puede persistir debido a la

profundidad de las bolsas periodontales y la presencia de bacterias anaeróbicas.

- **Cambios en la Mordida:** La movilidad y el desplazamiento dental pueden alterar la forma en que los dientes superiores e inferiores se alinean al cerrar la boca. (19)

### **Diagnóstico:**

El diagnóstico comienza con una revisión detallada de la historia médica y dental del paciente. Aspectos a considerar incluyen:

- Historial de síntomas.
- Hábitos de higiene oral.
- Uso de tabaco.
- Historial de enfermedades sistémicas como diabetes.
- Uso de medicamentos.
- Historia familiar de enfermedad periodontal.

### **Examen Clínico:**

**Inspección Visual:** Observación de la coloración, contorno, consistencia y posición de las encías. También se buscan signos de inflamación, retracción gingival y presencia de cálculo dental. (20)

**Evaluación de la Movilidad Dental:** Se verifica la estabilidad de los dientes, para detectar un posible compromiso del soporte periodontal. (21)

**Medición de las bolsas periodontales:** Utilizando una sonda periodontal, el odontólogo mide la profundidad de las bolsas formadas entre la encía y el diente. Las medidas deben abarcar 6 superficies: mesiovestibular, centrovestibular, distovestibular, mesiolingual/palatino, centrolingual/palatino y distolingual/palatino (22). Una pérdida de inserción mayor a 3 mm suele ser indicativa de enfermedad periodontal. (23)

### **Estudios Radiográficos:**

**Radiografías Periapicales y Panorámicas:** Estas permiten evaluar la cantidad y calidad del hueso alveolar que rodea y soporta los dientes, detectando áreas de pérdida ósea.

Radiografías interproximales para piezas posteriores y usar la técnica de paralelismo para anteriores. (24)

**Pruebas Microbiológicas:**

Aunque no son rutinarias, en ciertos casos puede ser útil identificar la presencia y tipo de bacterias presentes en las bolsas periodontales, especialmente si se sospecha de una forma agresiva de enfermedad periodontal o si no responde al tratamiento convencional. (25)

**Otros Exámenes:**

**Evaluación de la oclusión:** Identificar maloclusiones o contactos dentales prematuros que puedan contribuir a la enfermedad periodontal. (26)

**Análisis de Saliva:** En ocasiones, se puede analizar la saliva para identificar marcadores específicos relacionados con la enfermedad periodontal. (27)

**Diagnóstico Diferencial:**

Es esencial diferenciar la gingivitis y enfermedad periodontal de otras afecciones que pueden presentar síntomas similares, como:

- Lesiones gingivales inducidas por medicamentos.
- Enfermedades sistémicas con manifestaciones orales (p.ej., enfermedades del tejido conectivo, enfermedades hematológicas).

Una vez que se ha realizado un diagnóstico preciso, se puede desarrollar un plan de tratamiento adaptado a las necesidades específicas del paciente. Es crucial iniciar el tratamiento lo antes posible para detener la progresión de la enfermedad y evitar complicaciones adicionales. (28)

### **Tratamiento:**

<b>Categoría</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Descripción/Indicaciones</b>
<b>Higiene Oral</b>	<b>Cepillado y Uso de Hilo Dental</b>	Mejora la eliminación de placa y previene la acumulación de cálculo. Se recomienda cepillarse al menos dos veces al día y usar hilo dental diariamente.
	<b>Enjuagues Bucles Antisépticos</b>	Ayudan en la reducción de bacterias y pueden complementar el cepillado y uso del hilo dental.

<b>Terapia Profesional</b>	<b>Limpieza Dental Profesional</b>	Elimina la placa y el cálculo supra y subgingival. Se debe realizar al menos dos veces al año o según indicación.
	<b>Raspado y Alisado Radicular</b>	Procedimiento que elimina la placa y el cálculo de las superficies radiculares de los dientes y suaviza las áreas rugosas.
<b>Medicamentos</b>	<b>Antibióticos</b>	Se pueden prescribir para tratar o prevenir infecciones bacterianas en bolsas periodontales.
	<b>Enjuagues con Clorhexidina</b>	Utilizados para reducir la cantidad de bacterias en la boca y tratar la gingivitis.
	<b>Geles Antimicrobianos</b>	Se aplican directamente en bolsas periodontales profundos para reducir bacterias.
<b>Cirugía Periodontal</b>	<b>Cirugía de Bolsas</b>	Indicada cuando las bolsas periodontales no responden a otros tratamientos. Permite el acceso directo para limpiar las raíces.
	<b>Cirugía Regenerativa</b>	Ayuda a regenerar el hueso y tejido perdidos a causa de la enfermedad periodontal.
	<b>Cirugía Estética Gingival</b>	Para corregir defectos estéticos o cubrir raíces expuestas.

<b>Otros</b>	<b>Dispositivos de Liberación Controlada</b>	Pequeños dispositivos que liberan agentes antimicrobianos directamente en las bolsas periodontales.
	<b>Terapia de Modificación de Conducta</b>	Puede incluir instrucciones sobre técnicas de cepillado y uso de hilo dental, así como consejería para dejar de fumar.

Se puede mencionar a breves rasgos que en primer lugar es indispensable una adecuada instrucción del control de placa, cepillado, limpieza interproximal y control de la alimentación, en el caso de la gingivitis es necesario eliminar la placa bacteriana y posiblemente cálculo dental mecánicamente a través de ultrasonido o curetas y profilaxis, seguido de un control cada cierto tiempo. Por otra parte, en la periodontitis, es necesario eliminar el agente causante, también realizar un raspado subgingival exhaustivo, antibioticoterapia y de ser necesario realizar interconsultas con los diferentes especialistas y finalmente, evaluar posteriormente el estado periodontal.

(29)

Este es un resumen general y no exhaustivo del tratamiento de la gingivitis y enfermedad periodontal. La elección del tratamiento debe basarse en la gravedad de la enfermedad, la respuesta del paciente al tratamiento y las condiciones individuales del paciente. (30)

Es importante tener en cuenta que, mientras más temprano sea el diagnóstico, el profesional podrá atender de mejor manera estas condiciones.

### ***Bibliografía***

1. Escobar-Arregoces F, Latorre-Uriza C, Velosa-Porras J, Roa-Molina N, Ruiz AJ, Silva J, Arias E, Echeverri J. Respuesta inflamatoria en gestantes con alto riesgo de parto pretérmino y su relación con la enfermedad periodontal: un estudio piloto. *Acta Odontol Latinoam.* 2018 junio;31(1):53-57.
2. Carrera Oscullo, W. A (2013). *Gingivitis En Escolares De Ambos Sexos*, [Tesis de Maestría, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4692/1/T-UCE-0006-21.pdf>
3. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral* [Internet]. 2008 Apr 1;20(1):11–25.

4. Chopra A, Song J, Weiner J 3rd, Keceli HG, Dincer PR, Cruz R, Carracedo A, Blanco J, Dommisch H, Schaefer AS. RSPO4 es un gen de riesgo potencial de las etapas III-IV, periodontitis de grado C a través de los efectos sobre la respuesta inmune innata y la integridad de la barrera oral. *J Clin Periodontol*. 2023 abril;50(4):476-486.
5. María A, Palacio D. Facultad De Odontología Prevalencia De La Periodontitis Crónica En Pacientes De 35 A 75 años De Edad Que Acuden A La Clínica Odontológica Udla [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 19].
6. Bascones Martínez A, Figuero Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral* [Internet]. 2005;17(3):147-56.
7. Sáenz-Ravello G, Matamala L, Cisternas P, Gamonal J, Hernández P, Santos NCD, Deng K, Baeza M. Asociación entre el Índice de Dieta Mediterránea y los Indicadores de Estado de Salud Gingival autoinformados en una población de adultos chilenos: una estudio seccional. *J Appl Oral Sci*. 3 de julio de 2023; 31: e20230100.
8. Younis RH, Georgaki M, Nikitakis NG. Gingivitis de células plasmáticas y sus imitadores. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2023 mayo;35(2):261-270.
9. Choquehuanca Fuentes K. Prevalencia de placa dentobacteriana calcificada en primeros molares permanentes en niños de 6 a 12 años en la emblemática institución educativa

- N°70029 (María Auxiliadora) - Puno – 2016. repositoriouapedupe [Internet]. 2016 [cited 2023 Nov 16];
10. Márquez Arrico CF. Valoración del estado periodontal, perfil inflamatorio y disfunción endotelial en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico [Internet]. roderic.uv.es. 2022 [cited 2023 Nov 16].
  11. Ana María Biondi. Odontopediatría : fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. 2da ed. Ciudad Autónoma De Buenos Aires: Corpus; 2019.
  12. Sada Assed. Tratado de Odontopediatría. Caracas: Amolca; 2018.
  13. Manau C, Zabalegui I, Noguero B, Llodra JC, Rebelo H, Echevarría JJ, et al. Control de placa e higiene bucodental: Resumen de los resultados del 1er Workshop Ibérico. RCOE [Internet]. 2004 Apr 1;9(2):215–23.
  14. Lordelo MJ. El tabaco y su influencia en el periodonto. Avances en Periodoncia e Implantología Oral [Internet]. 2005 Apr 1 [cited 2023 Oct 10];17(1):17–24.
  15. Lordelo MJ. El tabaco y su influencia en el periodonto. Avances en Periodoncia e Implantología Oral [Internet]. 2005 Apr 1 [cited 2023 Oct 10];17(1):17–24.
  16. Dallos Fuentes AA, Córdoba Clavijo ME. PH salival y su relación con la enfermedad periodontal. Revisión de la literatura. instname:Universidad Antonio Nariño [Internet]. 2021 Mar 9;

17. Ana María Biondi. *Odontopediatría : fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*. 2da ed. Ciudad Autónoma De Buenos Aires: Corpus; 2019.
18. Vishnu V, Ramesh R, P Radhakrishnan R, Sreelakshmi RM. Gingivitis de células plasmáticas que simula enfermedad granulomatosa: un dilema diagnóstico. *Clin Adv Periodoncia*. 2021 diciembre; 11 (4): 220-224.
19. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Enfermedades gingivales no inducidas por placa. *J Clin Periodontol*. 2018 junio;45 Suplemento 20:S28-S43.
20. Bamashmous S, Kotsakis GA, Kerns KA, Leroux BG, Zenobia C, Chen D, Trivedi HM, McLean JS, Darveau RP. Variación humana en la inflamación gingival. *Proc Natl Acad Sci US A*. 6 de julio de 2021;118(27):e2012578118.
21. Morocho Segarra CV, Dona Vidale MA. Terapia periodontal y periimplantar de soporte: su importancia para el éxito del tratamiento a largo plazo. *RECIMUNDO*. 2021 Jul 18;5(3):293–305.
22. Lee Salas BA. Tratamiento ortodóncico en pacientes periodontalmente afectados [Internet]. *saber.ucv.ve*. 2014 [cited 2023 Nov 16].
23. Je B, Bedoya. Determinantes del Diagnóstico Periodontal Determinants of Periodontal Diagnosis [Internet].
24. Velasquez Curo, Sandra. Evaluación clínica y radiográfica para la colocación de implantes dentales en pacientes parcialmente edéntulos. *Unmsmedupe* [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov 16]

25. Vicario Juan M. *Lactobacillus reuteri* Prodentis como agente probiótico en la salud periodontal. [Internet]. [www.tdx.cat](http://www.tdx.cat). 2012 [cited 2023 Nov 16].
26. Balarezo Razzeto JA, Castilla Camacho M, León Manco R, Meneses López A, Balarezo Razzeto JA, Castilla Camacho M, et al. Factores clínicos relevantes en el diagnóstico de un colapso posterior de mordida. Una revisión sistemática de reportes de caso 2021. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet]. 2022 Jul 1;32(3):295–304.
27. Bravo Castagnola FG. Niveles de inmunoglobulina G en saliva total como marcador biológico de la enfermedad periodontal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2008 [cited 2023 Nov 16];
28. Cornelius Timothy CJ, Stern I, Stern JK, Abdelsayed RA, Peacock ME. Gingivitis de células plasmáticas: reporte de un caso clínico y patológico. *Compend Contin Educ Dent*. 2023 mayo;44(5):e1-e4.
29. Zamora IM. Valoración de una modalidad de intervención odontológica en el ámbito escolar de niños y adolescentes con discapacidad motora [Internet]. [rdu.unc.edu.ar](http://rdu.unc.edu.ar). 2013 [cited 2023 Nov 16]
30. Van der Leeuw J, Flinsenbergh TWH, Siezenga MA. Gingivitis de fresa como manifestación de granulomatosis con poliangeítis. *Reumatología (Oxford)*. 2018 1 de febrero; 57 (2): 226.

# **Hipoplasia del Esmalte**

*Nelly Eulalia Centeno Zhicay*

Odontóloga por la Universidad Católica de Cuenca

### **Introducción:**

La hipoplasia del esmalte se refiere a un defecto del esmalte dental caracterizado por una formación inadecuada o insuficiente durante la etapa de desarrollo del diente. Esta anomalía puede manifestarse de diversas maneras, desde decoloraciones hasta alteraciones en la morfología del diente. Aunque la estética puede ser una preocupación principal, las implicaciones funcionales y la susceptibilidad a caries también deben ser consideradas en la población pediátrica.(1)

### **Definición:**

El esmalte dental es la capa más externa y visible de los dientes, compuesto principalmente por cristales de calcio y otros minerales. Es el tejido más duro en el cuerpo humano y actúa como una barrera protectora contra estímulos externos y microorganismos nocivos.

La hipoplasia dental en la infancia es una anomalía en la formación del esmalte. Los niños con esta afección pueden tener dientes con insuficiente cantidad de esmalte o con esmalte de calidad inferior. La apariencia

de la hipoplasia dental en los niños puede variar dependiendo del grado de afectación.(2)

**Etiología:**

La hipoplasia del esmalte puede ser causada por múltiples factores, entre los más comunes se encuentran:  
Factores genéticos.

- Traumas durante la etapa de formación del diente.
- Malnutrición durante el desarrollo dental.
- Infecciones o enfermedades sistémicas durante la etapa de formación del diente, como rubéola o enfermedades febriles prolongadas.
- Exposición a ciertos medicamentos o toxinas durante el embarazo o en etapas tempranas de la infancia.(3)

**Signos:**

Algunos signos de hipoplasia del esmalte son fácilmente visibles, mientras que otros pueden pasar desapercibidos hasta que derivan en problemas dentales más serios. Un esmalte delgado puede manifestarse en:

1. Depresiones, fisuras y surcos.
2. Manchado oscuro.
3. Tonos amarillo-café (indicando la exposición de la dentina subyacente).
4. Sensibilidad ante temperaturas extremas.
5. Textura irregular en la superficie dental.
6. Reacción a ácidos presentes en comestibles y líquidos.
7. Acumulación de bacterias dañinas.
8. Mayor propensión a desarrollar caries.(4)

### **Diagnóstico:**

El diagnóstico de la hipoplasia del esmalte en niños se basa en una combinación de exámenes clínicos, historia médica y dental, y en ocasiones, pruebas de imagen. Aquí se detallan los pasos y procedimientos comunes para llegar a un diagnóstico adecuado:

### **Historia Clínica y Dental:**

Se recopila información sobre el historial de salud del niño, incluidos posibles traumatismos dentales,

enfermedades previas, medicamentos tomados, y cualquier antecedente familiar de problemas dentales.

Se pregunta sobre la dieta del niño para identificar posibles deficiencias nutricionales.

Se indaga sobre el embarazo y el periodo neonatal para detectar posibles factores que puedan haber afectado el desarrollo dental.(5)

### **Examen Clínico:**

**Inspección visual:** Se buscará signos evidentes de hipoplasia, como manchas, decoloraciones, surcos o muescas en el esmalte.



*Img 1. La presentación y la gravedad de DDE dependen de la etapa de desarrollo del esmalte en el momento del insulto, así como del alcance y la duración de la condición adversa.*

**Tacto con instrumentos dentales:** Esto permite determinar la textura y grosor del esmalte, y detectar áreas de debilidad o fragilidad.

**Pruebas de sensibilidad:** Pueden realizarse para determinar la reacción del diente a estímulos como el frío o el calor.(6)

**Radiografías Dentales:**

Las radiografías periapicales o panorámicas pueden ser útiles para evaluar el grado y extensión de la hipoplasia y para descartar otras condiciones dentales.

En ocasiones, las radiografías también pueden revelar problemas en dientes que aún no han erupcionado.

**Pruebas de Laboratorio:**

Aunque no son comunes, en algunos casos se pueden requerir pruebas de laboratorio para descartar o confirmar deficiencias nutricionales o enfermedades sistémicas que puedan estar relacionadas con la hipoplasia del esmalte.

Una vez recopilada toda la información, se podrá determinar la severidad y extensión de la hipoplasia del esmalte en el paciente. Es esencial realizar un diagnóstico temprano para comenzar con un plan de tratamiento adecuado y prevenir complicaciones futuras.(7)

**Tratamiento:**

El tratamiento para la hipoplasia del esmalte en niños busca restaurar la función y estética dental, prevenir la sensibilidad y proteger contra la caries dental. Las intervenciones varían según la severidad de la afección.

**Medidas Preventivas:**

**Fluoruro tópico:** La aplicación regular de geles o barnices fluorados puede fortalecer el esmalte y reducir el riesgo de caries.

**Selladores:** Estos protegen las fosas y fisuras de los dientes, evitando la acumulación de placa y bacterias en zonas hipoplásicas.

### **Restauraciones Directas:**

**Resinas compuestas:** Se utilizan para tratar áreas hipoplásicas menores, mejorando la estética y función del diente.

**Restauraciones de ionómero de vidrio:** Estas liberan flúor y son útiles en zonas hipoplásicas propensas a caries.

### **Coronas Estéticas Pediátricas:(8)**

Si la hipoplasia es severa y afecta gran parte del diente, las coronas estéticas pueden ser una solución. Estas protegen y restauran la forma y función del diente.

### **Microabrasión:**

Es un proceso que elimina una fina capa del esmalte dental para mejorar la apariencia de manchas superficiales o decoloraciones. Es efectivo en casos donde la decoloración no es profunda.

### **Tratamientos de Sensibilidad:**

Pastas dentales para dientes sensibles y geles con alto contenido de flúor pueden ser recomendados para reducir la sensibilidad dental.

### **Tratamientos Ortodóncicos:**

En algunos casos, si la hipoplasia ha afectado el desarrollo y alineación de los dientes, se podría requerir tratamiento ortodóncico.

### **Educación en Higiene Oral:**

La instrucción y motivación para una correcta higiene oral es esencial, especialmente para niños con hipoplasia. El objetivo es evitar la acumulación de placa que podría agravar la situación.(9)

### **Control y Seguimiento:**

Es fundamental programar visitas regulares al odontopediatra para evaluar la eficacia del tratamiento y hacer ajustes según sea necesario.

El enfoque terapéutico debe ser individualizado, tomando en cuenta la extensión y severidad de la hipoplasia, así como las necesidades específicas del paciente. La colaboración entre el odontopediatra, el paciente y sus cuidadores es esencial para lograr resultados óptimos.(10)

## ***Bibliografía***

1. Dini EL, Holt RD, Bedi R. Prevalence of caries and developmental defects of enamel in 9-10 year old children living in areas in Brazil with differing water fluoride histories. *Br Dent J* 2020; 188(3): 146-149.
2. Thylstrup A, Fejerskov O. Clinical appearance of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histological changes. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 6(6): 315-328. [ Links ]
3. Osuji OO, Leake JL, Chipman ML, Nikiforuk G, Locker D, Levine N. Risk factors for dental fluorosis in a fluoridated community. *J Dent Res* 2018; 67(12): 1488-1492.
4. Symonds RB, Rose WI, Reed MH. Contribution of Cl and F-bearing gases to the atmosphere by volcanoes. *Nature* 2018; 334: 415-418.
5. D'Alessandro W. Human fluorosis related to volcanic activity: a review. In: Kungolos AG, Brebbra CA, Samaras CP, Popov V. *Environmental Toxicology*. Ashursr: Witpress; 2016.
6. Dean HT. Classification of mottled enamel diagnosis. *J Am Dent Assoc* 2018; 21: 1421-1426. [ Links ]
7. De Lourdes Azpeitia-Valadez M, Sánchez-Hernández MA, Rodríguez-Frausto M. Risk factors for dental fluorosis in children between 6 and 15 years old. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2019; 47(3): 265-270.
8. Ramírez-Puerta BS, Franco-Cortés AM, Ochoa-Acosta EM. Dental fluorosis in 6-13-year-old children attending public

- schools in Medellín, Colombia. *Rev Salud Pública* 2019; 11(4): 631-640.
9. Sánchez H, Parra JH, Cardona D. Fluorosis dental en escolares del departamento de Caldas, Colombia. *Biomédica* 2015; 25(1): 46-54.
  10. Crabb JJ. The restoration of hypoplastic anterior teeth using an acid-etched technique. *J Dent* 2019; 3(3):121-124.

## **Dientes Supernumerarios**

***Adriana Verónica Martínez Portilla***

Odontóloga General por la Universidad de las  
Américas

Residente del Posgrado de Odontopediatría UTE

Odontopediatra en AVMDental Kids

**Introducción:**

Los dientes supernumerarios, también conocidos como hiperdoncia, son aquellos dientes adicionales que se presentan en la boca en relación con el número regular de dientes primarios o permanentes. Aunque pueden surgir en cualquier región de la cavidad bucal, son más frecuentes en el maxilar superior, especialmente en la zona de los incisivos centrales. Esta condición es relevante en odontopediatría, ya que puede generar diversas complicaciones en el desarrollo dental del niño.(1)

**Definición:**

Los dientes supernumerarios son anomalías en el desarrollo dental que pueden estar o no asociadas a algún síndrome. Los dientes supernumerarios son todos aquellos dientes “extra” o en exceso presentes en los maxilares; más de 20 en la dentición temporal y más de 32 en la dentición permanente.(2)

### **Epidemiología:**

La frecuencia de dientes supernumerarios oscila entre 0,5 y 3 %. Los más frecuentes se encuentran en la premaxila, los llamados **mesiodens**, seguidos por los cuartos molares y en mandíbula por los premolares inferiores, que se presentan entre el 0,29% y el 0,64% de la población, representando el 8% de los supernumerarios. (3)

### **Factores de Riesgo:**

La razón exacta de su formación aún no está clara, pero se considera la posibilidad de una causa hereditaria. Es notable que en aproximadamente el 90% de los casos, estos dientes adicionales se localizan en el maxilar superior, frecuentemente en la región central entre los incisivos y caninos, aunque también pueden manifestarse como molares y premolares. Invariablemente, su morfología tiende a parecerse a la de los dientes adyacentes normales.

Es crucial subrayar que estos dientes, aunque no alcancen a emerger, pueden interferir significativamente

en el desarrollo adecuado de la dentadura, provocando maloclusiones notables y alteraciones estéticas de la sonrisa, especialmente si se posicionan en la zona anterior central del arco dental. En muchos casos, por ejemplo, los dientes supernumerarios impiden la erupción de los dientes permanentes. Además, pueden inducir la formación de quistes en los folículos de aquellos dientes que no han logrado erupcionar adecuadamente.(4)

**Clasificación:**

Se pueden clasificar en función de su forma y posición:

**Conforme a su forma:**



*Fig 1. Eumórico: similar en forma a los dientes normales.*

*Disomórfico: con una forma anormal o rudimentaria.*

**Conforme a su posición:**



*Fig 1. Mesiodens: ubicado entre los dos incisivos centrales superiores.*

*Distomolar: ubicado distalmente a los terceros molares.*

*Parapremolar: ubicado en la región premolar. (5)*

**Manifestaciones Clínicas:**

La presencia de dientes supernumerarios puede manifestarse de diversas maneras, y la gravedad de las manifestaciones depende en gran medida de la ubicación, tamaño y orientación de estos dientes adicionales.

**Retraso en la erupción:**

Los dientes supernumerarios pueden obstaculizar la erupción normal de los dientes adyacentes, lo que lleva a un retraso notable en la aparición de dientes primarios o permanentes.(6)

**Desplazamiento de dientes:**

Pueden causar desplazamiento o rotación de dientes contiguos debido a su posición en el arco dental.

**Diastema:**

La presencia de espacios anormales entre los dientes, especialmente cuando el diente supernumerario está localizado entre los incisivos centrales superiores (mesiodens).

**Formación de quistes:**

En algunos casos, los dientes supernumerarios pueden estar asociados con la formación de quistes dentales, lo que puede provocar hinchazón y dolor.(7)

**Alteraciones en la morfología dental:**

Los dientes cercanos al supernumerario pueden presentar alteraciones en su forma, tamaño o anatomía.

**Dolor y molestias:**

En algunos casos, especialmente si el diente está impactado o está causando presión sobre estructuras adyacentes.

**Complicaciones en la erupción:**

Algunos dientes supernumerarios pueden erupcionar en direcciones anómalas, o incluso pueden no erupcionar en absoluto, quedando completamente incluidos dentro del hueso.

**Maloclusión:**

La presencia de dientes adicionales puede contribuir al desarrollo de maloclusiones, afectando la alineación y la mordida del paciente.(8)

**Apariencia inusual:**

En casos evidentes, se puede notar la presencia de un diente extra en el arco dental.

**Anomalías en la raíz:**

A veces, los dientes adyacentes al diente supernumerario pueden presentar anomalías en el desarrollo de sus raíces.

Estas manifestaciones clínicas subrayan la importancia de detectar y manejar adecuadamente los dientes supernumerarios en una etapa temprana para prevenir posibles complicaciones y asegurar un desarrollo dental saludable en los niños.(8)

**Diagnóstico:**

El diagnóstico de los dientes supernumerarios es esencial para determinar la ubicación, el número, la forma y la orientación de estos dientes, así como para planificar el tratamiento adecuado.

### **Examen Clínico:**

**Inspección:** Se realiza una inspección visual de la cavidad oral para identificar cualquier diente extra visible.

**Palpación:** Evaluar áreas de hinchazón o prominencias óseas que puedan indicar la presencia de un diente supernumerario impactado.

### **Historia Clínica:**

Obtener información sobre cualquier antecedente familiar de dientes supernumerarios.

Preguntar sobre síntomas como retraso en la erupción, diastemas o molestias en la boca.(9)

### **Radiografías Dentales:**

**Radiografía Periapical:** Ayuda a determinar la posición exacta de un diente supernumerario en relación con los dientes adyacentes.

**Radiografía Panorámica:** Proporciona una visión general de todos los dientes y puede revelar la presencia de uno o más dientes supernumerarios.

***Radiografía Oclusal:*** Útil para detectar dientes supernumerarios en el paladar o en la región anterior de la mandíbula.

***Radiografías laterales del cráneo:*** Puede ser útil en casos donde se sospecha la presencia de dientes supernumerarios en regiones posteriores.(9)

### **Estudios Avanzados:**

Tomografía Computarizada (TC): En casos complicados, una TC puede proporcionar imágenes detalladas en tres dimensiones y ayudar en el diagnóstico y la planificación del tratamiento.

### **Análisis de Modelos de Estudio:**

Tomar impresiones de la boca del paciente y crear modelos de yeso puede ayudar a evaluar la relación espacial de los dientes supernumerarios con otros dientes y estructuras.

A través de estas herramientas y procedimientos de diagnóstico, se puede determinar la presencia, posición y

número de dientes supernumerarios y, a su vez, elaborar un plan de tratamiento adecuado. Es vital que, ante la mínima sospecha de dientes supernumerarios, se realice una evaluación completa para prevenir posibles complicaciones futuras.(9)

### **Tratamiento:**

El tratamiento de los dientes supernumerarios en odontopediatría se basa en los síntomas presentes, la edad del paciente, el tipo y la posición de los dientes supernumerarios, y el impacto potencial en los dientes adyacentes y estructuras circundantes. Las opciones terapéuticas se dividen en conservadoras y quirúrgicas.

#### **1. Observación:**

En muchos casos, especialmente si el diente supernumerario no está causando ningún problema inmediato, puede ser adecuado simplemente monitorear la situación. Esto es particularmente relevante para niños en desarrollo donde la erupción de dientes permanentes aún está en curso.(10)

## **2. Extracción:**

Es la opción de tratamiento más común, especialmente si el diente supernumerario está interfiriendo con la erupción normal de los dientes permanentes, causando un desplazamiento dental o dando lugar a patologías como quistes.

El tiempo ideal para la extracción se decide según el caso, pero generalmente se considera después de la erupción completa del incisivo central permanente, para evitar dañar sus raíces.

## **3. Ortodoncia:**

Tras la extracción del diente supernumerario, puede ser necesario un tratamiento ortodóncico para corregir cualquier maloclusión o desplazamiento dental causado por el diente extra.

## **4. Cirugía:**

En casos donde los dientes supernumerarios están impactados o en posiciones complicadas, puede requerirse un procedimiento quirúrgico más complejo para su eliminación. Es vital realizar una evaluación

preoperatoria detallada utilizando radiografías o tomografías para planificar adecuadamente la cirugía.(10)

### ***Bibliografía***

1. Larson M, Hellquist R, Jakobsson OP. Dental abnormalities and ectopic eruption in patients with isolated cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg.* 2018; 32 (3): 203-212.
2. Zhu JF, Marcushamer M, King DL, Henry RJ. Supernumerary and congenitally absent teeth: a literature review. *J Clin Pediatr Dent.* 2016; 20 (2): 87-95.
3. Ugalde FJ, Pompa JA. Anomalías dentales de desarrollo asociadas a la colección prehispánica Tzompantli. *Revista ADM.* 2018; 60 (6): 219-224.
4. Fernández P, Valmaseda E, Berini L, Gay C. Retrospective study of 145 supernumerary teeth. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016; 11 (4): 339-344.
5. Ponce S, Ledesma C, Pérez G. Dientes supernumerarios en una población infantil del Distrito Federal. Estudio clínico-radiográfico - co. *Revista ADM.* 2016; 61 (4): 142-145.
6. Lourenço L, Teixeira L, Costa B, Ribeiro M. Dental development of permanent lateral incisor in complete unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2018; 39 (2): 193-196.

7. Garrahy A, Millett DT, Ayoub AF. Early assessment of dental arch development in repaired unilateral cleft lip and unilateral cleft lip and palate versus controls. *Cleft Palate Craniofac J.* 2018; 42 (4): 385-391.
8. Wyszynski DF. *Cleft lip and palate from origin and treatment.* Hong Kong: Oxford University Press; 2018.
9. Kernahan DA. *Cleft lip and palate: a system of management.* USA: Williams & Wilkins; 2020.
10. Atwan SM, Turner D, Khalid A. Early intervention to remove mesiodens and avoid orthodontic therapy. *Gen Dent.* 2018; 48 (2): 166-169.