

Dientes de más, problemas de sobra. Patología Dental infantil.

Anais Caballero Aroca¹, Francisco Javier Bernal Maurandi¹, Francisco de Borja Alonso García¹, Carmen Ferre Fernández¹, Paula Bajo Esteban¹, Irene Sanchez Serna¹, George Luis Suarez Perez¹, Marta Tovar Pérez¹. ¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo docente

Repasar los hallazgos radiológicos mediante TC de la patología dental más frecuente, centrándose en:

- Características de la hiperdoncia que debe incluir un informe radiológico.
 - Repasar los distintos tipos de infecciones dentales y sus principales complicaciones.
 - Explicar las particularidades de los quistes odontogénicos más frecuentes.
-

Revisión del tema

Hiperodoncia: definición, etiología y complicaciones

La hiperdoncia es una anomalía congénita caracterizada por la presencia de dientes supernumerarios (DS) [1]. La teoría etiológica más aceptada atribuye su desarrollo a una hiperactividad de la lámina dental, influida por factores genéticos y ambientales [2]. Aunque suele presentarse como una alteración aislada, también puede asociarse a síndromes como la disostosis cleidocraneal, el síndrome de Gardner o las fisuras orofaciales.

Manifestaciones y complicaciones de los DS [3]

Infección: poco frecuente, pero descrita en forma de sinusitis o infecciones periapicales, especialmente cuando los DS están impactados o vinculados a cambios quísticos.

Desplazamiento dentario: desde rotaciones leves hasta desplazamientos completos.

Formación de quistes: el más habitual es el quiste folicular, cuya incidencia aumenta con la edad [4].

Erupción tardía: los DS pueden actuar como una barrera física que impide o retrasa la erupción de los dientes adyacentes. (Figura 1)

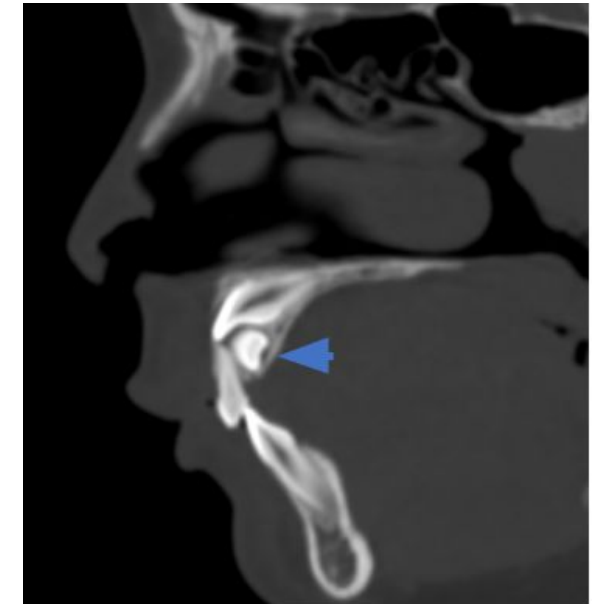


Figura 1. Diente supernumerario. Imagen de TC sagital en la que se observa un mesiodens (flecha azul) situado en posición transversal, craneal y posterior con respecto al incisivo central de leche izquierdo. Su ubicación impide la erupción correcta del incisivo central definitivo izquierdo.

Revisión del tema

Infecciones dentales: principales entidades y hallazgos en imagen.

Las infecciones dentales comprenden un conjunto amplio de patologías que pueden originarse en la propia pieza dentaria o en los tejidos blandos adyacentes. Suelen relacionarse con una higiene bucal deficiente y con procedimientos dentales previos.

Las entidades más frecuentes incluyen [5,6]:

Caries: focos de desmineralización del esmalte que progresan hacia dentina y pulpa si no se tratan. En fases avanzadas pueden asociar enfermedad periodontal y periapical. TC: lesiones hipodensas por pérdida de mineralización del esmalte y la dentina. (Figura 2)

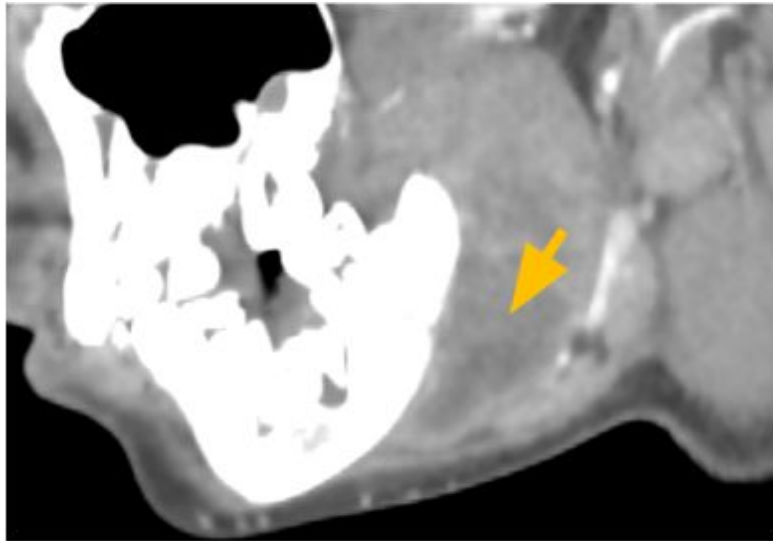
Infecciones periodontales: infección de las estructuras de soporte del diente. Inicia como gingivitis y progresa a periodontitis con formación de un bolsillo periodontal. La infección puede extenderse hacia el ápex a través de los ligamentos periodontales. TC: halo hipodenso alrededor de la bifurcación radicular, reflejando el aumento del espacio ligamentario periodontal.

Pericoronitis: inflamación de los tejidos que rodean la corona de un diente parcialmente erupcionado, habitualmente por retención de alimentos bajo la mucosa gingival. TC: engrosamiento y realce de los tejidos pericoronales, con posible afectación del hueso adyacente.

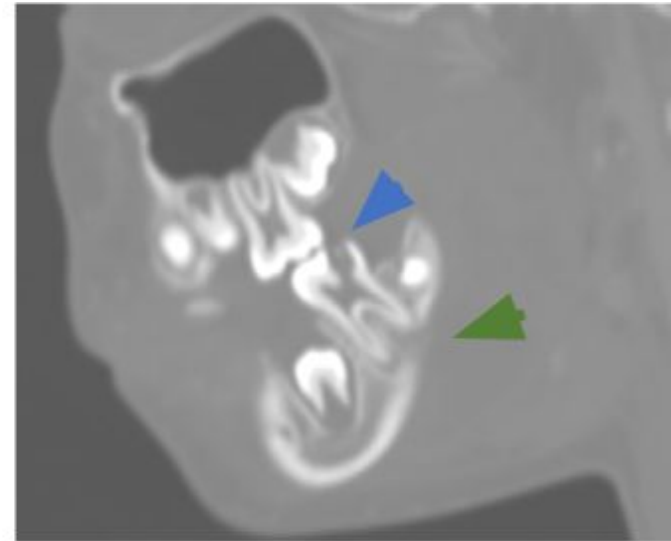
Enfermedad periapical: grupo de procesos que afectan al área alrededor del ápex dental, con osteólisis del hueso periapical y aumento del espacio periodontal. Puede originar granulomas, abscesos o quistes. TC: foco de lucidez distal a la raíz. (Figura 3)

Revisión del tema

Infecciones dentales: principales entidades y hallazgos en imagen.



a.



b.

Figura 2. (a) Imagen sagital de TC con ventana de tejidos blandos e (b) imagen sagital de TC con ventana ósea. Primer molar inferior derecho definitivo con caries (flecha azul) asociada a una zona de alteración en la corteza lingual adyacente (flecha verde) y a un absceso odontogénico submandibular (flecha amarilla).

Revisión del tema

Infecciones dentales: principales entidades y hallazgos en imagen.

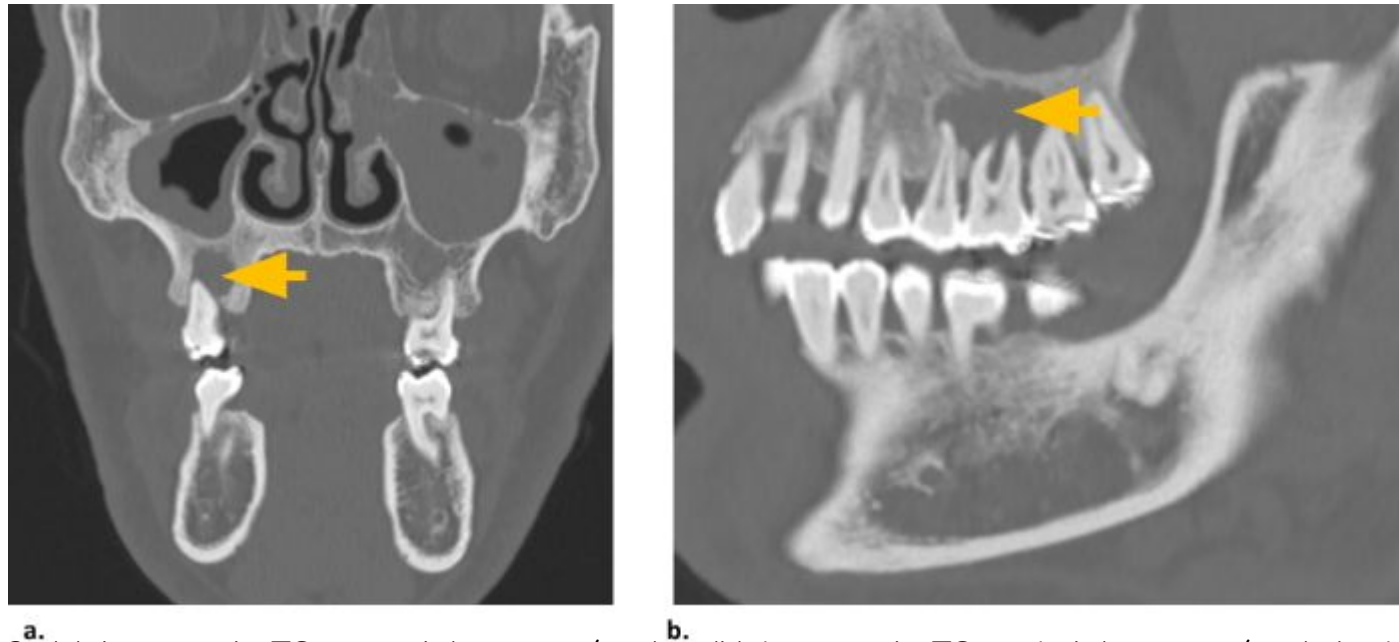


Figura 3. ^{a.} (a) Imagen de TC coronal (ventana ósea) e ^{b.} (b) imagen de TC sagital (ventana ósea). Lesiones lúcidas periapicales en el lado derecho alrededor de las raíces del segundo premolar y de los primeros y segundos molares, compatibles con quistes radiculares periapicales, con cambios erosivos óseos sutiles adyacentes (flecha amarilla).

Revisión del tema

Quistes odontogénicos: definición y características.

Los quistes odontogénicos constituyen un grupo de lesiones caracterizadas por la formación de cavidades patológicas revestidas parcial o totalmente por epitelio. Se originan a partir del epitelio del aparato formador del diente, ya sea por procesos inflamatorios o por alteraciones del desarrollo. Su comportamiento es muy variable, aunque la mayoría son lesiones benignas y asintomáticas. (Figura 4)

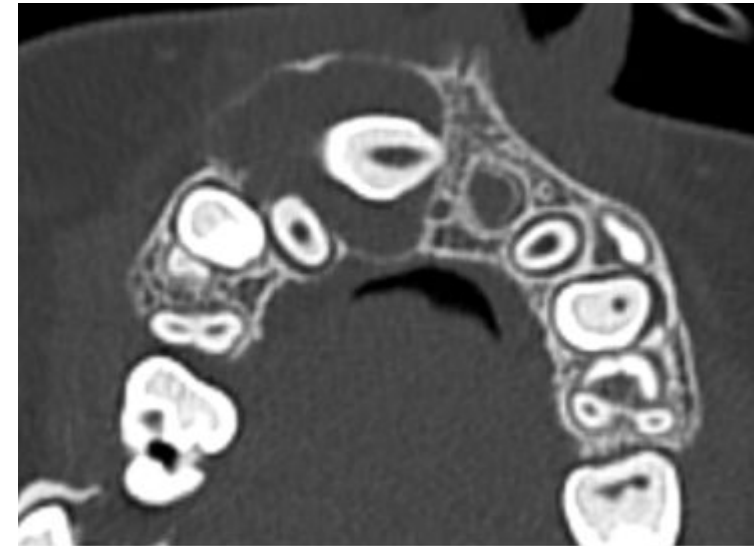


Figura 4. Imagen axial de TC que muestra una lesión quística inespecífica situada en el maxilar superior y que afecta a los incisivos centrales y laterales permanentes, que aún no han erupcionado. Los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con un quiste dentígero.

Revisión del tema

TC en la hiperodoncia: utilidad e informe sistemático

La TC es una herramienta clave cuando la radiografía convencional no permite una valoración adecuada. Permite confirmar la presencia de DS, identificar complicaciones asociadas y realizar una planificación quirúrgica precisa. El informe radiológico debe seguir un enfoque sistemático que describa las características del DS: localización, emplazamiento, morfología, orientación y grado de erupción [2,3,4,9,10,11].

Revisión del tema

TC en la hiperodoncia: utilidad e informe sistemático

1. Localización: especificar la arcada y la región según los dientes adyacentes:

- Arcada: maxilar o mandibular.
- Región de la arcada:
 - Mesiodens: entre incisivos centrales maxilares (los más frecuentes).
 - Caninos: en región canina (muy raros). Algunos autores no lo consideran una categoría.
 - Parapremolar: anterior o posterior a un premolar, fuera de la línea de arcada.
 - Paramolar: anterior o posterior a un molar.
 - Distomolar: distal o lateral al tercer molar.
 - Peridiente: anterior o posterior a un diente que no es molar ni premolar.

Revisión del tema

TC en la hiperodoncia: utilidad e informe sistemático

2. Emplazamiento: describir la posición respecto al diente más próximo:

- Anterior:
 - Labial: anterior a incisivos y caninos.
 - Bucal: anterior al resto de dientes.
 - Posterior:
 - Palatino: posterior a la arcada maxilar.
 - Lingual: posterior a la arcada mandibular.
 - Craneal
 - Caudal
 - Interdental: entre dos piezas dentarias.
-

Revisión del tema

TC en la hiperodoncia: utilidad e informe sistemático

3. Morfología: comparar la forma con la de un diente normal:

- Suplementaria: forma y tamaño similares a un diente normal.
- Rudimentaria: poco desarrollados; se clasifican en:
 - Cónica: forma de cono con raíz formada. (Figura 5)
 - Tuberculada: forma de barril con varias cúspides y raíz incompleta.
 - Atípica: pequeña y no clasificable en los grupos anteriores. (Figura 5)

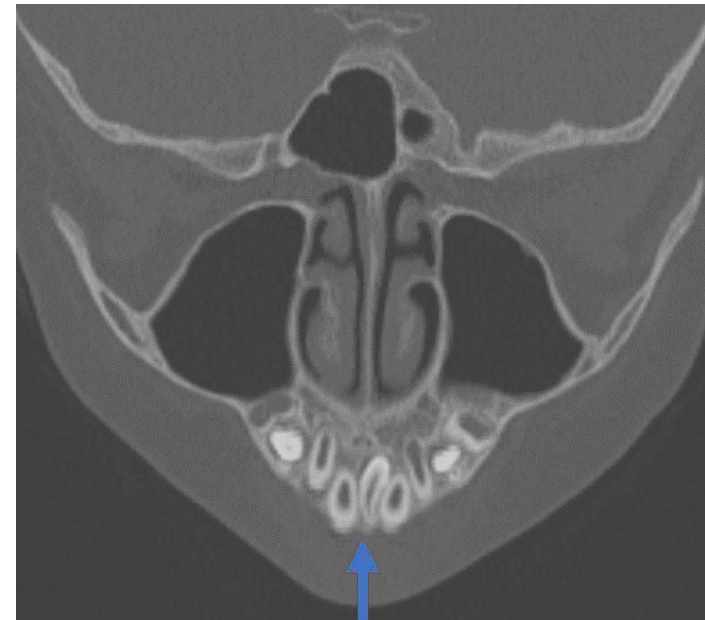


Figura 5. Diente supernumerario. La imagen muestra una tomografía computarizada coronal en la que se observa un mesiodens no erupcionado con una morfología cónica rudimentaria y una angulación horizontal (flecha azul).

Revisión del tema

TC en la hiperodoncia: utilidad e informe sistemático

4. Orientación: describir la dirección del eje longitudinal:

- Normal: alineado con los dientes adyacentes.
- Invertido: orientación opuesta. (Figura 6)
- Horizontal: eje perpendicular, extremos en sentido distomesial.
- Transverso: eje perpendicular, extremos en sentido anteroposterior.
- Inclinado: desviación angular sin inversión completa.

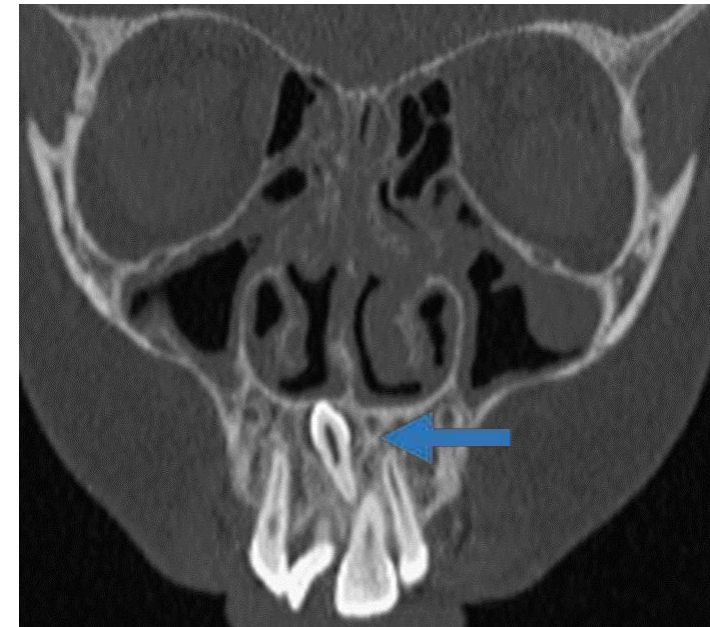


Figura 6. Diente supernumerario. La imagen muestra una tomografía computarizada coronal en la que se observa un mesodiente eumórfico e invertido en el maxilar superior (flecha azul).

Revisión del tema

TC en la hiperodoncia: utilidad e informe sistemático

5. Erupción: detallar la relación con la mucosa oral:

- No erupcionado (impactado): completamente dentro del hueso alveolar. (Figura 7)
- Erupcionado: corona totalmente visible en la cavidad oral.
- Semierupcionado: exposición parcial. Predisposición a infección o interferencia en la erupción de dientes vecinos.

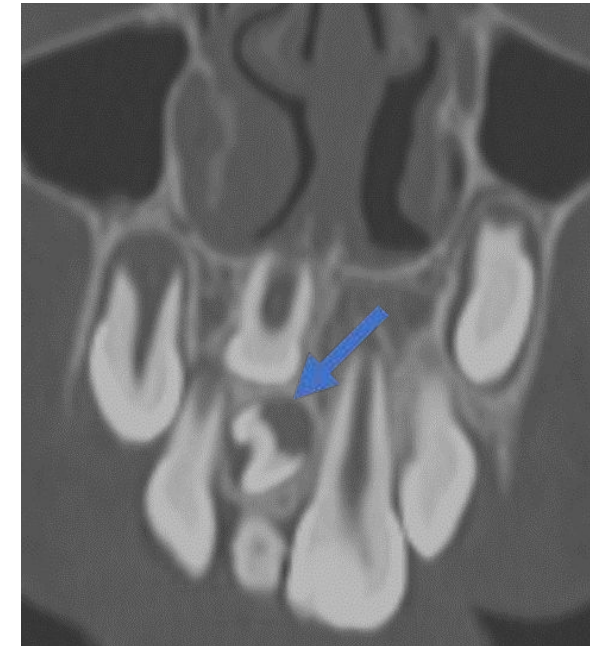


Figura 7. Diente supernumerario. La imagen muestra una tomografía computarizada coronal en la que se observa un diente no erupcionado y horizontalizado con corona de premolar (flecha azul).

Revisión del tema

TC en la infecciones odontógenas: indicaciones, extensión y complicaciones

La TC está indicada ante dudas diagnósticas, presencia de criterios de gravedad o sospecha de infección complicada. Aunque la mayoría de las infecciones odontógenas permanecen confinadas al alveolo o a los tejidos adyacentes, la falta de tratamiento puede producir erosión ósea y la diseminación hacia estructuras vecinas, incluidos los senos paranasales y los espacios cervicales profundos [12]. La TC permite determinar la localización y extensión de la infección, y detectar cambios inflamatorios en tejidos blandos y hueso.

Revisión del tema

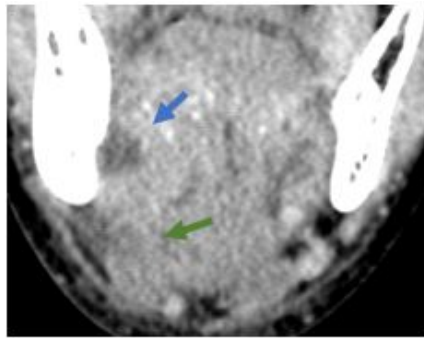
TC en la infecciones odontógenas: indicaciones, extensión y complicaciones

Las principales complicaciones a reconocer son [5,6,12,13]:

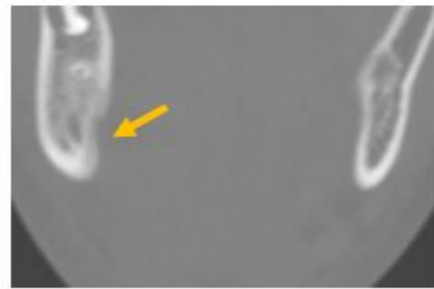
- 1. Osteomielitis:** infección que progresa desde el hueso alveolar hacia la médula ósea. TC: hallazgos variables según el estadio:
 - Aguda: lesiones líticas → mixtas → engrosamiento perióstico.
 - Crónica: presencia de sequestros óseos (Figura 8).

Revisión del tema

TC en la infecciones odontógenas: indicaciones, extensión y complicaciones



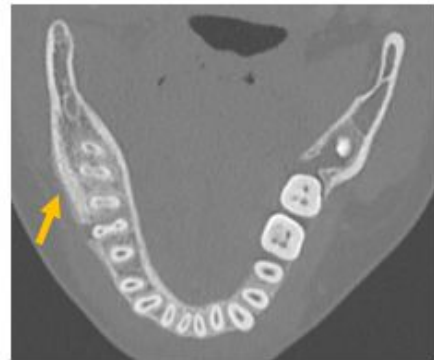
a.



b.



c.



d.

Figura 8. (a) Imagen coronal de TC con ventana de tejidos blandos, (b) imagen coronal de TC con ventana ósea, (c) imagen sagital de TC con ventana ósea e (d) imagen axial de TC con ventana ósea. Absceso de probable origen odontogénico (flecha azul) adyacente al borde lingual del hueso mandibular, cerca del diente 46. Se acompaña de áreas hipodensas mal definidas en la base de la lengua y el suelo de la boca, compatibles con una zona flemonosa y la presencia de microabscesos (flecha verde). También se observa una alteración en la densidad ósea en el cuerpo y el ángulo de la mandíbula derecha, junto con una reacción perióstica continua probablemente relacionada con una osteomielitis (flecha amarilla).

Revisión del tema

TC en la infecciones odontógenas: indicaciones, extensión y complicaciones

2. Sinusitis odontógena: sinusitis maxilar, habitualmente unilateral, secundaria a la extensión de la infección tras la erosión del hueso y la mucosa maxilar. El diagnóstico definitivo requiere identificar una fístula oroantral. Puede progresar a celulitis orbitaria, meningitis o abscesos intracraneales. (Figura 9)

Revisión del tema

TC en la infecciones odontógenas: indicaciones, extensión y complicaciones

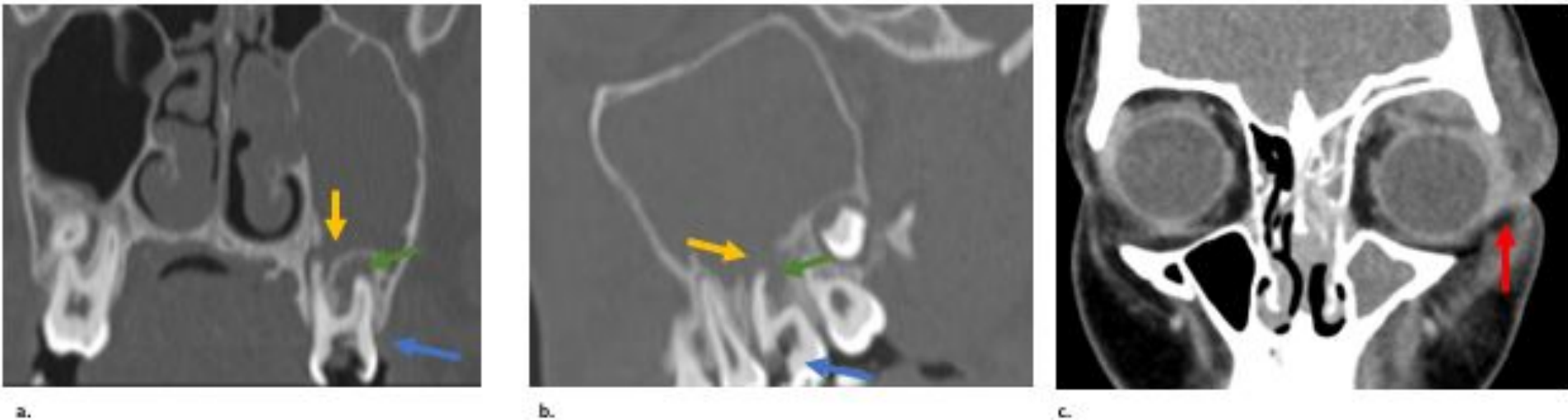


Figura 9. (a) Imagen de TC coronal (ventana ósea) e (b) imagen de TC sagital (ventana ósea). Caries en un diente (flecha azul) con cambios inflamatorios perirradiculares (flecha verde) asociados a una ruptura de la pared inferior del seno maxilar (flecha amarilla) con ocupación completa del seno. Estos hallazgos son compatibles con una sinusitis odontogénica. (c) Imagen de TC coronal (ventana de tejidos blandos). Cambios inflamatorios flemonosos en el tejido celular subcutáneo periorbital y frontal izquierdo adyacente al seno maxilar izquierdo ocupado, sin que se observe una alteración ósea clara

Revisión del tema

TC en la infecciones odontógenas: indicaciones, extensión y complicaciones

3. Infecciones cervicales profundas: La infección puede extenderse a los espacios parafaríngeo, submandibular, sublingual y masticador, e incluso alcanzar el mediastino. TC: inicialmente muestra estriación de la grasa, edema e inflamación de tejidos blandos; en fases avanzadas pueden aparecer abscesos (Figura 2).

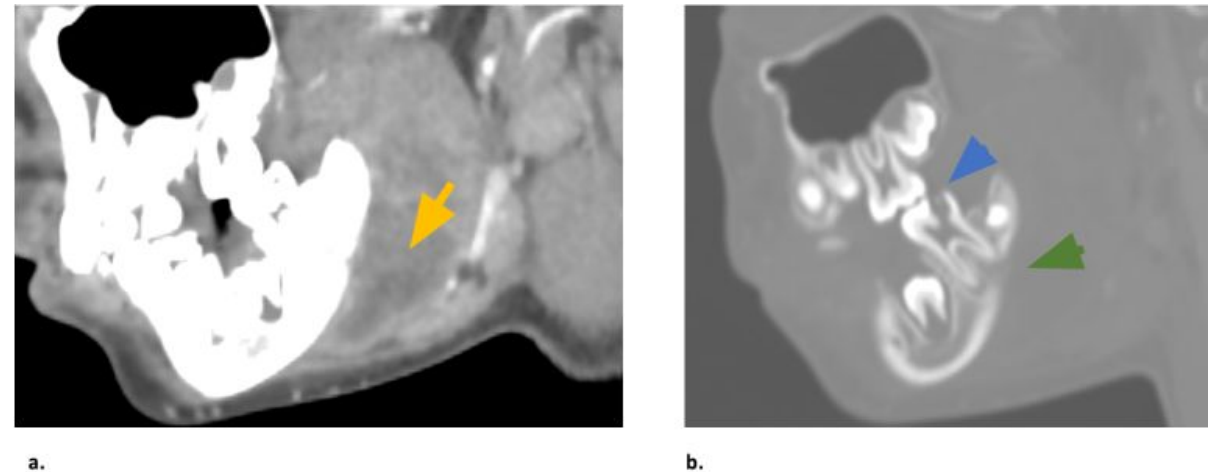


Figura 2. (a) Imagen sagital de TC con ventana de tejidos blandos e (b) imagen sagital de TC con ventana ósea. Primer molar inferior derecho definitivo con caries (flecha azul) asociada a una zona de alteración en la corteza lingual adyacente (flecha verde) y a un absceso odontogénico submandibular (flecha amarilla).

Revisión del tema

TC en los quistes odontogénicos: claves diagnósticas

La TC permite caracterizar los quistes odontogénicos detectados en radiografías convencionales. Aunque muchos presentan un aspecto similar (lesiones lúcidas, bien definidas), es importante realizar un diagnóstico diferencial razonable entre las entidades más frecuentes [7,8,14]:

1. Quiste periapical: es el más frecuente. Suele ser secundario a infecciones periapicales crónicas. TC: lesión unilocular, bien delimitada, íntimamente relacionada con el ápice dental, con posible reabsorción radicular. (Figura 3)

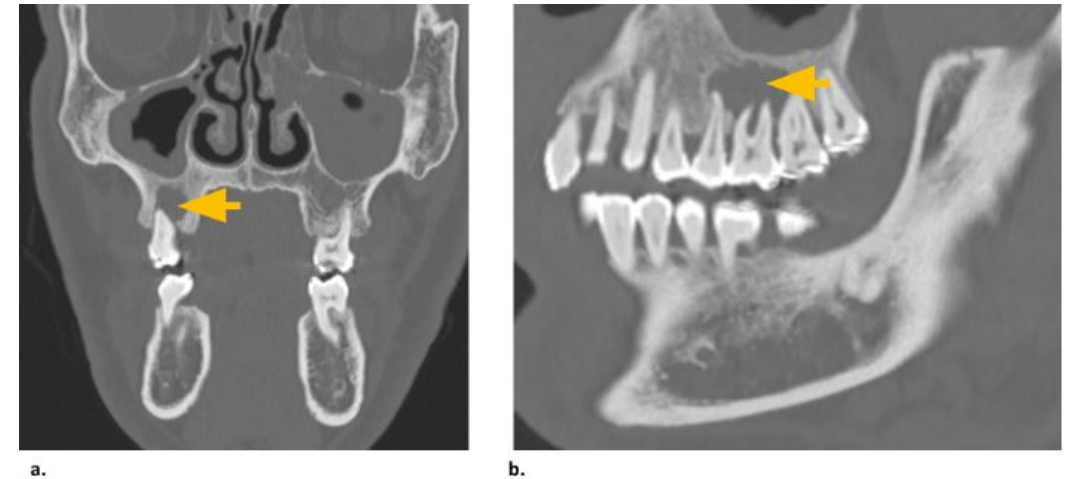


Figura 3. (a) Imagen de TC coronal (ventana ósea) e (b) imagen de TC sagital (ventana ósea). Lesiones lúcidas periapicales en el lado derecho alrededor de las raíces del segundo premolar y de los primeros y segundos molares, compatibles con quistes radicales periapicales, con cambios erosivos óseos sutiles adyacentes (flecha amarilla).

Revisión del tema

TC en los quistes odontogénicos: claves diagnósticas

2. Quiste dentígeno: lesión del desarrollo por acumulación de líquido entre la corona del diente no erupcionado y el epitelio folicular. TC: lesión unilocular, bien delimitada, que rodea la corona; habitualmente no destruye la cortical. (Figura 4)

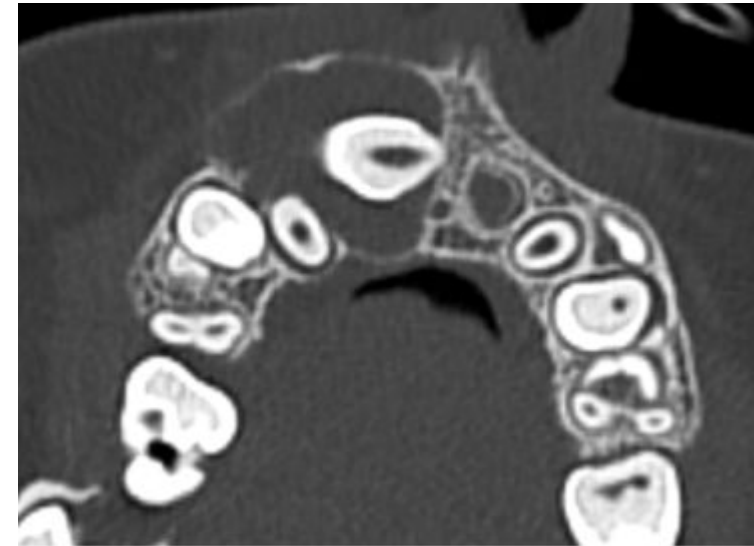


Figura 4. Imagen axial de TC que muestra una lesión quística inespecífica situada en el maxilar superior y que afecta a los incisivos centrales y laterales permanentes, que aún no han erupcionado. Los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con un quiste dentígeno.

Revisión del tema

TC en los quistes odontogénicos: claves diagnósticas

3. Queratoquiste odontogénico: neoplasia quística benigna derivada de restos de la lámina dental. TC: lesión solitaria, unilocular (a veces multilocular), con bordes festoneados. Puede erosionar la cortical y reabsorber raíces. Puede aparecer en cualquier región dental, incluso en dientes no erupcionados. (Figura 10).

4. Quiste residual: quiste que permanece tras una extracción o cirugía previa, generalmente un antiguo quiste periapical. TC: radiotransparencia unilocular, bien definida, localizada en el sitio de la extracción.



Figura 10. La imagen muestra una TC sagital en la que se observa una lesión quística unilocular bien definida en la mandíbula que provoca un adelgazamiento y una distensión de la cortical bucal. La lesión se localiza alrededor de la corona del diente permanente 43, que no ha erupcionado y presenta una malposición. Estos hallazgos sugieren la presencia de un quiste queratínico (flecha amarilla).

Conclusión.

Las pruebas radiológicas, especialmente laTC, junto con un informe radiológico estructurado, son fundamentales para la detección y valoración del amplio espectro de patología dental. El papel del radiólogo es clave para lograr una aproximación diagnóstica precisa y orientar un tratamiento individualizado.

Referencias

- [1]. Masood, F., & Benavides, E. (2017). Alterations in Tooth Structure and Associated Systemic Conditions. Radiologic Clinics Of North America, 56(1), 125-140.
 - [2]. Davidson, C. L., Smit, C., & Nel, S. (2025). Supernumerary teeth: A pictorial review and revised classification. Journal Of Oral Biology And Craniofacial Research, 15(3), 454-462.
 - [3]. Mallineni, S. K. (2014). Supernumerary Teeth: Review of the Literature with Recent Updates. Conference Papers In Science, 2014, 1-6.
 - [4]. Park, S., Jang, H., Hwang, D., Kim, Y., Shin, S., Kim, U., & Lee, J. (2020). Complications associated with specific characteristics of supernumerary teeth. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology And Oral Radiology, 130(2), 150-155.
 - [5]. Aguirre, M. S., Muga, J. G., Méndez, L. A., & Pérez, R. F. (2021). Hallazgos por imagen de patología dentaria en tomografía computarizada. Radiología, 64(6), 573-584.
 - [6]. Chapman, M. N., Nadgir, R. N., Akman, A. S., Saito, N., Sekiya, K., Kaneda, T., & Sakai, O. (2013). Periapical Lucency around the Tooth: Radiologic Evaluation and Differential Diagnosis. Radiographics, 33(1), E15-E32.
 - [7]. Dunfee, B. L., Sakai, O., Pistey, R., & Gohel, A. (2006). Radiologic and Pathologic Characteristics of Benign and Malignant Lesions of the Mandible. Radiographics, 26(6), 1751-1768.
 - [8]. Santosh, A. B. R. (2019). Odontogenic cysts. Dental Clinics Of North America, 64(1), 105-119.
 - [9]. Sebastián, C. S., Hernández, B. I., Alonso, C. G., & Vizán, A. A. (2016). Dientes supernumerarios: claves esenciales para un adecuado informe radiológico. Revista Argentina de Radiología / Argentinian Journal Of Radiology, 80(4), 258- 267.
 - [10]. Xue, X., Wang, H., Zhang, T., Li, W., Li, X., Sun, S., & Wu, L. (2025). Retrospective Analysis of 1093 NonSyndromic Supernumerary Teeth From 782 Patients in Northwest China: Clinical, Radiographic and Epidemiological Insights. International Dental Journal, 75(6), 103951.
-