



Caso clínico

## Desinclusión de diente heterotópico mediante abordaje nasal: reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Disinclusion of heterotopic tooth through nasal approach:  
clinical case report and review of the literature

Diego Ramírez V,<sup>\*,‡</sup> Sebastián Lazo R,<sup>\*,‡</sup> Camilo Barrientos M,<sup>\*,§</sup>  
Liberto Figueroa C,<sup>\*,¶</sup> Matías Emmrich H<sup>||</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** los dientes supernumerarios son aquellos que se originan adicionalmente de la fórmula dentaria normal, de ubicación variada, por lo general se presentan en el reborde alveolar. Su ubicación heterotópica, fuera del reborde alveolar, es rara, y cuando se observan de manera intranasal es un fenómeno inusual que puede generar complicaciones como rinosinusitis, osteomielitis, abscesos del tabique nasal, fístula oronasal y deformidad nasal. **Objetivo:** presentar un caso clínico de diente ectópico asociado con posible microforma incompleta de fisura máxilo-palatina tratado de manera multidisciplinaria por equipo de otorrinolaringología y maxilofacial. **Caso clínico:** paciente de 45 años de edad que refiere obstrucción respiratoria, congestión nasal y rinorrea de larga data, es derivada a nuestro servicio maxilofacial desde otorrinolaringología por hallazgo de dos dientes supernu-

### ABSTRACT

**Introduction:** supernumerary teeth are those that originate in addition to the normal dental formula, with varied location, usually presenting in the alveolar ridge. Their heterotopic location, outside the alveolar ridge, is rare, and when observed intranasally, it is an unusual phenomenon that can lead to complications such as rhinosinusitis, osteomyelitis, nasal septum abscesses, oronasal fistula, and nasal deformity. **Objective:** to present a clinical case of ectopic tooth associated with a possible incomplete microform of cleft palate treated in a multidisciplinary manner by an otorhinolaryngology and maxillofacial team. **Clinical case:** a 45-year-old patient complaining of respiratory obstruction, nasal congestion, and long-standing rhinorrhea was referred to our maxillofacial service from otorhinolaryngology due to the finding of 2 maxillary supernumerary teeth

\* Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

‡ Residente de Urgencia Bucomaxilofacial.

§ Residente de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial.

¶ Staff Servicio de Cirugía Maxilofacial, Clínica Alemana de Santiago. Docente de la asignatura de cirugía y traumatología maxilofacial, Escuela de Odontología.

|| Otorrinolaringólogo, Clínica Alemana de Santiago.

Correspondencia:

Diego Ramírez V

E-mail: dr.diegoramirezvillalobos@gmail.com

dramirezv@alemana.cl

**Citar como:** Ramírez VD, Lazo RS, Barrientos MC, Figueroa CL, Emmrich HM. Desinclusión de diente heterotópico mediante abordaje nasal: reporte de caso clínico y revisión de la literatura. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2024; 20 (2): 80-85. <https://dx.doi.org/10.35366/118067>



merarios maxilares en tomografía computarizada previo a cirugía nasal funcional; además, se observa el canal del nervio palatino con un calibre considerablemente mayor, que impresiona a una microforma incompleta de fisura máxilo-palatina. **Resultado:** en cirugía conjunta a otorrinolaringología, se realizó la desinclusión del diente nasal, mediante abordaje extraoral por cavidad nasal sin complicaciones. Se utilizó el abordaje realizado por el otorrinolaringólogo para extraer el diente heterotópico, para así evitar una mayor morbilidad en la paciente. En los controles la paciente presentó buena evolución, descongestión nasal y una correcta respiración. **Conclusión:** el trabajo multidisciplinario permite optimizar tiempos quirúrgicos y generar menor morbilidad en el paciente.

**Palabras clave:** diente supernumerario, diente heterotópico, diente nasal, obstrucción respiratoria, microforma fisura máxilo-palatina.

*on computed tomography prior to functional nasal surgery, also showing a considerably larger palatine nerve canal, suggestive of an incomplete microform of cleft palate. **Result:** in surgery performed jointly with otorhinolaryngology, the nasal tooth was successfully removed through an extraoral approach via the nasal cavity without complications. The approach used by the otorhinolaryngologist to extract the heterotopic tooth was utilized to avoid further morbidity in the patient. In follow-up appointments, the patient showed good progress, nasal decongestion, and proper breathing. **Conclusion:** multidisciplinary work allows for optimizing surgical times and reducing morbidity in the patient.*

**Keywords:** supernumerary tooth, heterotopic tooth eruption, nasal tooth, nasal obstruction, cleft lip.

## INTRODUCCIÓN

Los dientes supernumerarios corresponden a dientes que se originan adicionalmente a los 20 dientes temporales y 32 dientes definitivos a partir de la lámina dental.<sup>1</sup> Los dientes supernumerarios pueden desarrollarse únicos o múltiples, en cualquier región de los maxilares del mismo paciente.<sup>2</sup>

Los dientes supernumerarios se pueden clasificar principalmente según su posición o ubicación dentro de la arcada, pero en ocasiones pueden ubicarse en lugares fuera de los límites de los rebordes maxilares, como en el paladar duro, el antro maxilar, el cóndilo mandibular, la órbita, el proceso coronoides o la cavidad nasal, denominándose dientes heterotópicos.<sup>3</sup>

Hay varias teorías que se han presentado para explicar el fenómeno de la aparición y erupción ectópica de dientes supernumerarios, que incluye la teoría del origen del desarrollo que ocurre debido a la reversión a la dentición de primates extintos que tienen tres pares de dientes incisivos, alteración en la migración de derivados de la cresta neural destinados a alcanzar los maxilares o defecto en la interacción epitelio-mesénquima. Otras causas incluyen factores genéticos, fisura labio máxilo-palatina, traumatismos o lesiones quísticas que provocan el desplazamiento de los dientes hacia otras regiones dentro del territorio maxilofacial.<sup>4</sup>

La presencia de dientes en la cavidad nasal es una condición de baja frecuencia. Este hecho puede ser un factor desencadenante o perpetuante de rinosinusitis, osteomielitis, dacriocistitis, absceso del tabique nasal, perforación del tabique nasal, fístula oronasal y deformidad nasal.<sup>2</sup> También puede actuar

como nido de mineralización en la cavidad nasal rodeado de material calcificado y tejido infectado crónicamente.<sup>4</sup>

Este reporte presenta un caso clínico tratado de manera multidisciplinaria en conjunto con otorrinolaringología de un diente supernumerario heterotópico en la cavidad nasal y su manejo mediante un abordaje a través de la cavidad nasal.

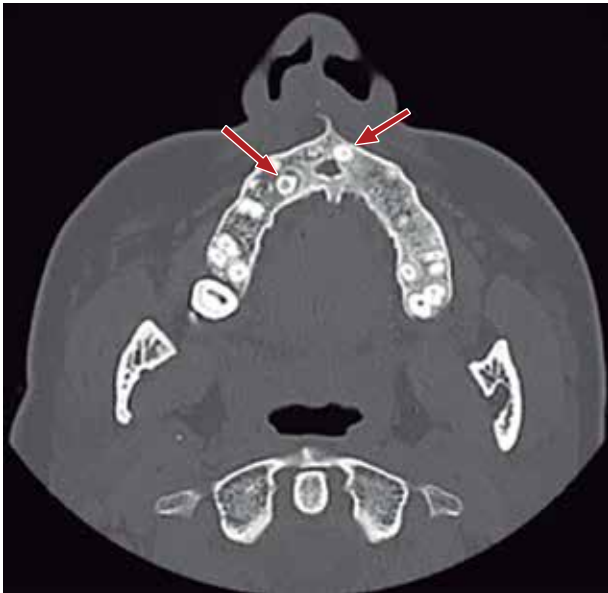
## REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino, de 45 años de edad, sin antecedentes mórbidos relevantes, refiere obstrucción respiratoria persistente de larga data asociado a congestión nasal y rinorrea frecuente. Antecedente de traumatismo nasal hace 12 años, que desvió el eje nasal y generó obstrucción nasal persistente, especialmente a la derecha. Antecedente de cirugía de huesos propios nasales en el año 2020.

Al examen físico segmentario presenta septo-desviación obstructiva/oclusiva anterior hacia fosa nasal derecha, con sospecha de secuelas de fractura de tabique anterior cartilaginoso, desviación de columela nasal hacia la derecha, laterorrinia a la derecha positiva e hipertrofia de cornetes. Es derivada a nuestro servicio maxilofacial por equipo de otorrinolaringología por hallazgo en tomografía computarizada previo a cirugía nasal funcional de dos dientes supernumerarios maxilares (*Figura 1*) y canal del nervio nasopalatino con un calibre considerablemente mayor a la norma (*Figura 2*). Uno de los dientes supernumerario es un mesiodens que se encuentra rotado, invertido con la cúspide hacia cefálico en el tabique nasal anterior y el otro

en posición palatina en relación al canino superior izquierdo. Al examen clínico no se palpa mesiodens por cavidad oral ni cavidad nasal.

Junto al equipo de otorrinolaringología se programa cirugía conjunta en dos tiempos bajo anestesia general, utilizando el acceso quirúrgico de cirugía



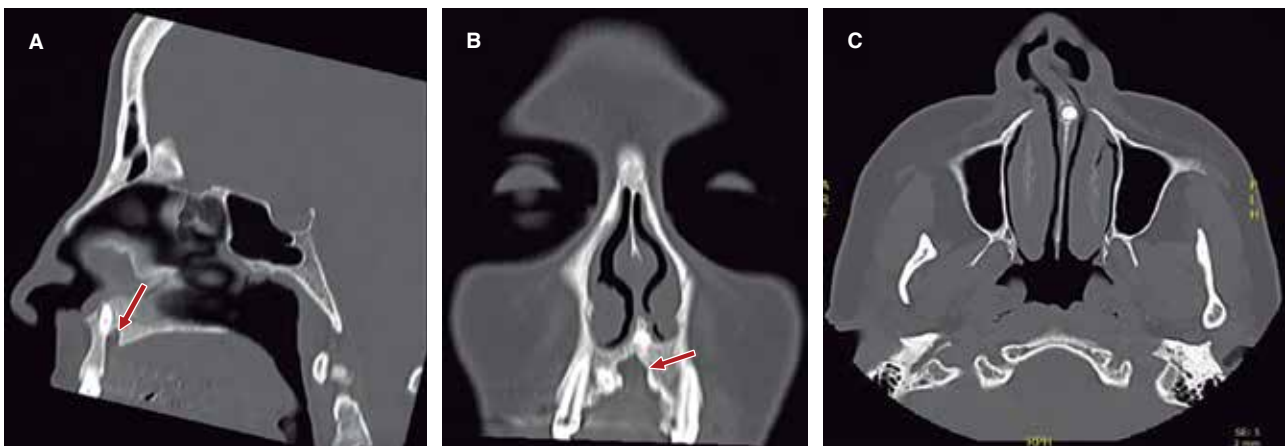
**Figura 1:** Tomografía computarizada corte axial, se observan dos dientes supernumerarios maxilares demarcados por flechas rojas, uno a nivel de línea media y otro cercano a cortical palatina del hueso maxilar adyacente al diente 1.3.

nasal para acceder a diente supernumerario ubicado en el tabique nasal. En primera instancia se realiza reducción y lateralización de cornetes nasales inferiores con radiofrecuencia CELON y espéculo de Killian, posteriormente se efectúa incisión medio columelar en V invertida con disección de columela, punta nasal y dorso abierto. Se expuso el borde anterior y premaxila donde se identifica ubicación de mesiodens a la izquierda y posterior a la espina nasal anterior, exponiendo mesiodens a través de osteotomía con instrumental rotatorio, luxación y avulsión con elevador recto (Figura 3). Se extirpan las porciones desviadas del tabique osteocartilaginoso, aprovechando el tejido óseo para su uso como injerto autólogo, y se reconstruye el lecho quirúrgico en la ubicación original del mesiodens. Finaliza la cirugía de rinoseptoplastia funcional, turbinectomía y desinclusión del mesiodens sin incidentes.

Se realiza un control postquirúrgico a las dos semanas donde la paciente se presenta con buena evolución, con dorso nasal alineado, tabique nasal en línea media sin hematoma y cornetes pequeños, relatando respirar bien por ambas fosas nasales y un control con imagen a los nueve meses (Figura 4) donde se observó una correcta cicatrización del tejido óseo.

## DISCUSIÓN

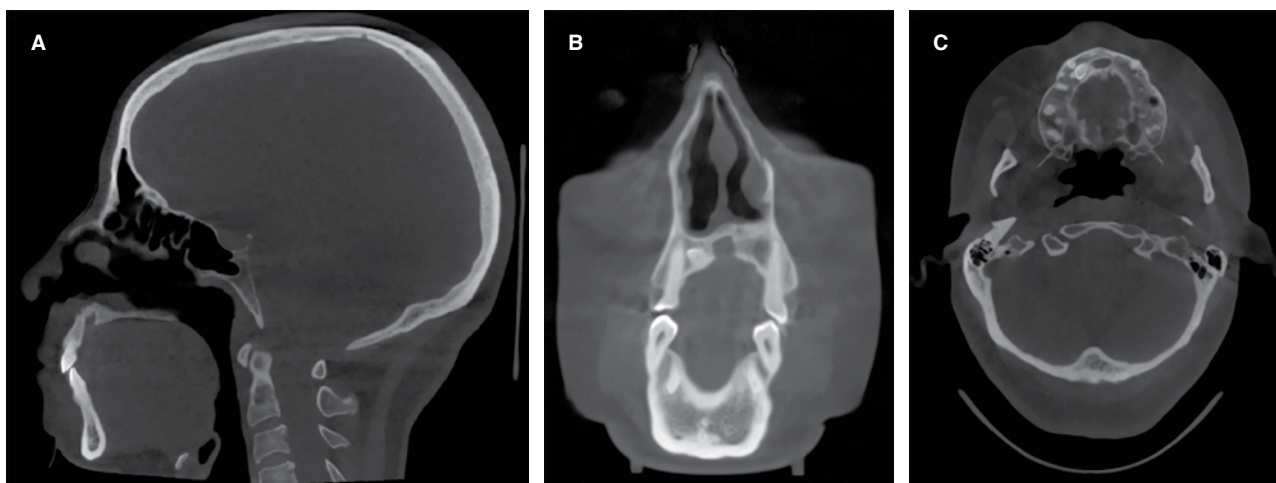
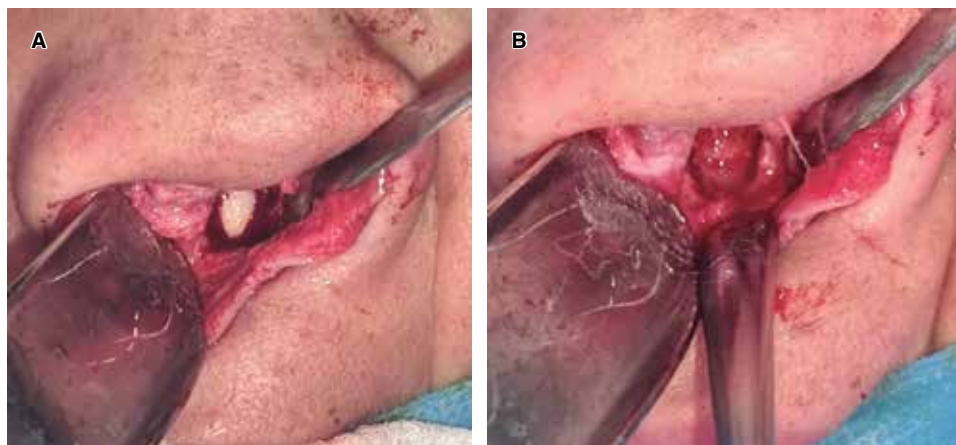
Los dientes heterotópicos pueden ser supernumerarios o numerarios, y pueden ocurrir en una amplia



**Figura 2:** A) Tomografía computarizada corte sagital, flecha roja indica defecto óseo corticalizado a nivel del canal del nervio nasopalatino en relación con mesiodens. Observación de microforma de fisura máxilo-palatina. B) Tomografía computarizada corte coronal, flecha roja indica defecto óseo corticalizado a nivel del canal del nervio nasopalatino en relación con mesiodens. C) Tomografía computarizada corte axial, se observa diente supernumerario en el tabique nasal a nivel de cornetes nasales inferiores.

**Figura 3:**

**A)** Fotografía intraoperatoria, exposición de mesiodens a través de colgajo nasal. **B)** Fotografía intraoperatoria, lecho quirúrgico posterior a desinclusión mediante osteotomía periférica.

**Figura 4:** Tomografía computarizada Cone-Beam nueve meses postquirúrgica. **A)** Corte sagital. **B)** Corte coronal. **C)** Corte axial.

variedad de ubicaciones fuera de los rebordes maxilares, como el paladar duro, el antro maxilar, el cóndilo mandibular, la órbita, el proceso coronoides y la cavidad nasal.<sup>3</sup> El desarrollo de dientes supernumerarios heterotópicos se puede ver en aproximadamente 0.5% de la población. El sitio más común para este fenómeno es el seno maxilar y la ubicación de dichos dientes es especialmente poco común en la cavidad nasal.<sup>3,5</sup> El rango de edad reportado para detectar el diente nasal es amplio, de tres a 62 años. Este rango es amplio debido a diferentes condiciones que llevan al paciente a buscar tratamiento.<sup>6</sup>

Los dientes pueden permanecer asintomáticos y su hallazgo se debe a exámenes radiográficos requeridos por otras circunstancias como trauma maxilofacial o planificación de tratamientos de ortodoncia. En otras ocasiones pueden causar una

variedad de signos y síntomas, que incluyen dolor facial, obstrucción nasal, cefalea, epistaxis, rinorrea maloliente, deformidades nasales externas y obstrucción del conducto nasolagrimal. Las complicaciones de los dientes nasales incluyen rinitis caseosa con perforación septal, aspergilosis y fístula oronasal.<sup>7</sup>

Los pacientes con fisura labio máximo-palatina a menudo presentan agenesia dentaria, desplazamientos o malformaciones de los mismos en el sitio de la hendidura. La unión incompleta de los procesos horizontales, como ocurre en los casos de fisura labio máximo-palatina y alveolo, puede causar el desplazamiento del germen dentario. Algunos autores especulan que el diente heterotópico puede ser impulsado hacia la cavidad nasal durante la reparación quirúrgica de la hendidura alveolar.<sup>8</sup> Al Jamal GA y colaboradores reportaron que 30.8% de la muestra de pacientes con labio y paladar hendidos

tenía dientes transposicionales o heterotópicos.<sup>9</sup> Mientras que en un estudio más reciente Rullo R y colegas reportaron la presencia de dientes heterotópicos en 18.9% de la muestra.<sup>10</sup>

Según el fenotipo de fisura labio máximo-palatina, por lo general se puede clasificar en microformado, incompleto y completo según la extensión de la fisura, y bilateral o unilateral según su lateralidad. El labio hendido en microforma implica la hendidura parcial o total del músculo orbicular de los labios sin una hendidura de la piel y la mucosa. Las características clínicas del labio hendido microformado son una unión bermellón-cutánea con muescas, un bermellón deficiente en el lado medial de la hendidura, varias extensiones de surcos cutáneos en la columna filtrante y varias deformidades nasales.<sup>11</sup>

La fisura labio máximo-palatina en microforma fue clasificado como defecto congénito en forma menor, microforma y minimicroforma según la extensión de la muesca de la unión bermellón-cutánea y la gravedad de la deformidad nasal por Yuzuriha y Mulliken.<sup>12</sup> Se han informado fosas nasales colapsadas como una característica del labio hendido menor. Se supone que tales fosas nasales colapsadas son causadas por algunas anomalías en el tejido blando, como la ruptura del músculo orbicular de los labios.<sup>13</sup> Con respecto al defecto óseo adyacente al canal nasopalatino (*Figura 2A y 2B*), dado el gran calibre y la pérdida de tejido óseo que se mantiene con los límites corticalizados y ausente de patología, se podría suponer la presencia de un defecto congénito incompleto de la unión de los procesos horizontales del maxilar, sospechando de alguna microforma de fisura labio máximo-palatina.

El diagnóstico diferencial de los dientes nasales incluye el cuerpo extraño radiopaco; rinolito; lesiones inflamatorias por sífilis, tuberculosis o infección fúngica con calcificación; tumores benignos, que incluyen hemangioma, osteoma, pólipos calcificados, encondroma y dermoide; y tumores malignos, como el condrosarcoma y el osteosarcoma. Sin embargo, los hallazgos de la TC de la atenuación equivalente al diente y una cavidad ubicada en el centro son características altamente discriminatorias que ayudan a confirmar el diagnóstico.<sup>14</sup>

La cirugía es la principal opción de tratamiento dirigida a aliviar los síntomas y prevenir complicaciones, como osteomielitis, absceso o perforación del tabique nasal, rinosinusitis, dacriocistitis, fístula oronasal o intraoral, aspergilosis y deformidad nasal. El cirujano puede sugerir un abordaje endonasal endoscópico, endonasal convencional o transoral

según su experiencia en la cirugía nasal endoscópica, la edad del paciente, la presencia de una cavidad ósea y la profundidad de la erupción del diente en cuestión.<sup>3</sup>

En la literatura se ha reportado un aumento en la desinclusión de dientes heterotópicos mediante abordaje endoscópico, donde la vía nasal se ha convertido en la forma natural de extracción de dientes con crecimiento nasosinusal. Dentro de las ventajas de la técnica se destaca: visualización clara de la inserción, disección precisa con preservación de estructuras circundantes y el evitar lesiones en la mucosa contigua. Además, permite una morbilidad postoperatoria reducida y un periodo de hospitalización más corto. Las complicaciones están relacionadas con la extensión del procedimiento.<sup>15,16</sup>

Dentro de las limitaciones de la propuesta de tratamiento del caso presentado, estaría la contraindicación de desinclusión del mesiodens en caso de que el paciente no requiriera una cirugía correctiva funcional de su tabique y cornetes nasales.

## CONCLUSIÓN

En el caso clínico presentado, la desinclusión del mesiodens fue parte del tratamiento quirúrgico de la deformación nasoseptal. El manejo multidisciplinario de cirugía maxilofacial y otorrinolaringología permitió optimizar los tiempos quirúrgicos y generar una menor morbilidad al realizar la exéresis del mesiodens a través de un acceso endonasal que permite una mayor visualización del sitio quirúrgico.

## REFERENCIAS

1. Figueroa L, Smith R, Daza J, Polanco A, Andraca F. Abordaje transoral para la extracción de un diente supernumerario intranasal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Int J Odontostomat*. 2022; 16 (2): 222-226. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2022000200222>
2. Noleto JW, Prado R, Rocha JF, DaCosta MA, Barbosa CU, Toscano MD. Intranasal inverted tooth: a rare cause of a persistent rhinosinusitis. *Indian J Dent Res*. 2013; 24 (6): 762-764. doi: 10.4103/0970-9290.127630.
3. Raubaite R, Rakauskaitė A, Sukyte-Raube D, Zaleckas L, Rauba D. An intranasal ectopic tooth in an adult. *Cureus*. 2022; 14 (4): e24410. doi: 10.7759/cureus.24410.
4. Ahmed T, Ahmed S, Kaushal N. Extraction of supernumerary nasal tooth by endoscopic approach. *Contemp Clin Dent*. 2021; 12 (3): 321-323. doi: 10.4103/ccd.ccd\_778\_20.
5. Arora P, Nair MK, Liang H, Patel PB, Wright JM, Tahmasbi-Arashlow M. Ectopic teeth with disparate migration: A literature review and new case series. *Imaging Sci Dent*. 2023; 53 (3): 229-238. doi: 10.5624/isd.20230040.
6. Bergamaschi IP, Olsson B, Sebastiani AM, Trento GDS, Rebellato NLB, Klüppel LE et al. Intranasal ectopic tooth in adult and

- pediatric patients: a report of two cases. *Case Rep Surg*. 2019; 2019: 8351825. doi: 10.1155/2019/8351825.
7. Cuestas G, Hermida PA, Vega Martari M, Michalski D, Juchli ML. Diente ectópico en la cavidad nasal en un niño con enfermedad de Gaucher. *Revista Faso*. 2023; 30 (1): 45-48.
  8. Gupta YK, Shah N. Intranasal tooth as a complication of cleft lip and alveolus in a four year old child: case report and literature review. *Int J Paediatr Dent*. 2001; 11 (3): 221-224. doi: 10.1046/j.1365-263x.2001.00251.x.
  9. Al Jamal GA, Hazza'a AM, Rawashdeh MA. Prevalence of dental anomalies in a population of cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J*. 2010; 47 (4): 413-420. doi: 10.1597/08-275.1.
  10. Rullo R, Festa VM, Rullo R, Addabbo F, Chiodini P, Vitale M et al. Prevalence of dental anomalies in children with cleft lip and unilateral and bilateral cleft lip and palate. *Eur J Paediatr Dent*. 2015; 16 (3): 229-232.
  11. Jo T, Choi K, Choi J, Kim J, Han K, Jeong W. The concordance of alveolar bone deficiency with severity of lip deformity in microform cleft lip. *J Clin Med*. 2022; 12 (1): 39. doi: 10.3390/jcm12010039.
  12. Yuzuriha S, Mulliken JB. Minor-form, microform, and mini-microform cleft lip: anatomical features, operative techniques, and revisions. *Plast Reconstr Surg*. 2008; 122 (5): 1485-1493. doi: 10.1097/PRS.0b013e31818820bc.
  13. Fujiwara K, Yoshida M, Nakamichi N, Saitoh S, Takaichi M, Ishizaka R et al. Mini-microform cleft lip with complete cleft alveolus and palate: A case report. *Congenit Anom (Kyoto)*. 2021; 61 (4): 133-137. doi: 10.1111/cga.12415.
  14. Indeewar H, Dutt SN. Endoscopic removal of intranasal supernumerary tooth: a case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019; 71 (Suppl 3): 2036-2038. doi: 10.1007/s12070-018-1455-8.
  15. Clementini M, Morlupi A, Agrestini C, Di Girolamo M, Di Girolamo S, Ottria L. Endoscopic removal of supernumerary tooth from the nasal cavity of a child: a case report. *Oral Implantol (Rome)*. 2012; 5 (1): 21-25.
  16. Accorona R, Colombo G, Ferrari M, Fazio E, Bolzoni-Villaret A. Inverted supernumerary intranasal teeth as unusual indications of endoscopic surgery. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2020; 32 (110): 181-186. doi: 10.22038/ijorl.2019.38918.2284.

**Conflicto de intereses:** no existe conflicto de intereses en la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** no existen fuentes de financiación públicas ni privadas en la realización del presente estudio.

**Aprobación ética:** paciente entrega consentimiento informado para divulgación de imágenes con fines académicos.