



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**PREVALENCIA Y MANEJO CLÍNICO DE DIENTES
SUPERNUMERARIOS EN PACIENTES NIÑOS Y ADOLESCENTES
INTERVENIDOS EN EL CENTRO DENTAL DOCENTE DE LA
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA ENTRE LOS AÑOS
2001 – 2019**

**PREVALENCE AND CLINICAL MANAGEMENT OF
SUPERNUMERARY TEETH EN CHILDREN AND ADOLESCENT
PATIENTS OPERATED AT THE TEACHING DENTAL CENTER OF
THE UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA BETWEEN
THE YEARS 2001 – 2019**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ODONTOPEDIATRÍA**

AUTORES

**MADELAINE VILMA CASTAÑEDA MORENO
FIORELLA SINDY CRISTOBAL MALPARTIDA**

ASESOR

MIGUEL BENJAMIN PEREA PAZ

LIMA – PERÚ

2024

JURADO

Presidente: **Dra. Esp. C.D. Kelly Caceda Gabancho**

Vocal: **Mg. Esp. C.D. Patricia Janet Peralta Hidalgo**

Secretario: **Esp. C.D. Jennifer Liliana Campos Montenegro**

Fecha de Sustentación: **16 de septiembre del 2024**

Calificación: **APROBADO**

ASESOR DE TESIS

ASESOR

Mg. Esp. C.D. Miguel Benjamin Perea Paz

Departamento Académico de Odontología Pediátrica

ORCID: 0000-0002-4300-2984

DEDICATORIA

A nuestros hijos Joaquin y María José, quienes son nuestra mayor motivación e inspiración para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias por su comprensión, estímulo constante y apoyo incondicional a lo largo de nuestros estudios.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

PREVALENCIA Y MANEJO CLÍNICO DE DIENTES
SUPERNUMERARIOS EN PACIENTES NIÑOS Y ADOLESCENTES
INTERVENIDOS EN EL CENTRO DENTAL DOCENTE DE LA
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA ENTRE LOS
AÑOS 2001 - 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1%
4	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	<1%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1%
7	revistas.unal.edu.co Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.	
I.	Introducción	1
II.	Objetivos	6
III.	Materiales y métodos	7
IV.	Resultados	12
V.	Discusión	15
VI.	Conclusiones	22
VII.	Referencias Bibliográficas	23
VIII.	Tablas	29
Anexos		
Anexo 01	Operacionalización de Variables	
Anexo 02	Ficha de recolección de datos (FRD)	
Anexo 03	Aporte de la Investigación Ficha de Identificación de Anomalías dentales – Dientes Supernumerarios	

RESUMEN

Los dientes supernumerarios (DS) son un exceso en el número normal de dientes que exigen consideraciones diferentes al momento de su tratamiento como evaluación preoperatoria, de comportamiento, de crecimiento y desarrollo y cuidados posoperatorios luego de la cirugía.

Objetivo; Determinar la prevalencia y manejo clínico farmacológico de pacientes niños y adolescentes para la intervención de DS en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2001 – 2019.

Material y métodos; En este estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal; se evaluaron 1111 reportes quirúrgicos de niños y adolescentes de 0 a 17 años que fueron intervenidos con manejo clínico de conducta y de técnicas farmacológicas en los servicios de Odontopediatría y Cirugía Máxilo Facial del centro docente de la UPCH entre los años 2001 al 2019 que fueron registrados en los cuadernos de bitácora y de control; se recolectaron los datos utilizando una ficha, siendo analizados con el programa SPSS v24, utilizando pruebas estadísticas: chi-cuadrado y chi-cuadrado corregido por Yates considerando nivel de significancia inferior al 5%.

Resultados; Se encontró una prevalencia de 25,94% (283 niños y adolescentes), describiéndose 303 intervenciones quirúrgicas contabilizando 353 DS; predominó el sexo masculino (68,20% n=193), y se presentaron en el grupo etáreo de 7 a 10 años 11 meses; encontrando mayor prevalencia en no erupcionados (91,17% n=258); siendo la localización más frecuente la anterosuperior (82,33% n=233); mostrando conducta no receptiva solo el 29.68% (n=84) de niños y adolescentes quienes recibieron manejo clínico de técnicas farmacológicas como la vía oral (más utilizada) o anestesia general para ser intervenidos quirúrgicamente.

Conclusión; La prevalencia de DS fué mayor en niños de 7 a 10 años de sexo masculino con manejo clínico de conducta receptiva.

Palabras Clave: diente supernumerario, prevalencia, historia clínica, procedimientos quirúrgicos, midazolam, anestesia general.

ABSTRACT

Supernumerary teeth (ST) are an excess in the normal number of teeth that demand different considerations at the time of treatment such as preoperative evaluation, behavior, growth and development, and postoperative care after surgery.

Objective; Determine the prevalence and clinical pharmacological management of children and adolescent patients for ST intervention at the Dental Center of Cayetano Heredia Peruvian University between the years 2001 – 2019.

Materials and methods; In this descriptive, retrospective, observational, cross-sectional study; 1,111 surgical reports of children and adolescents aged 0 a 17 años who underwent clinical behavioral management and pharmacological techniques in the Pediatric Dentistry and Maxillofacial Surgery services of the UPCH teaching center between the years 2001 to 2019 were evaluated, which were recorded in the logbooks and control notebooks; data was collected using a form, being analyzed with SPSS v24 program, using statistical tests: chi-square, and chi-square corrected by Yates considering a significance level of less than 5%.

Results; A prevalence of 25.94% was found (283 children and adolescents), describing 303 surgical interventions, accounting for 353 ST; the male sex predominated (68.20% n=193), and it occurred in the age group of 7 to 10 years 11 months; finding a higher prevalence in non-erupted (91.17% n=258); the most frequent location being the anterosuperior (82.33% n=233); only 29.68% (n=84) of children and adolescents who received clinical management of pharmacological techniques such as oral (most commonly used) or general anesthesia to undergo surgery.

Conclusion; The prevalence of ST was higher in 7 to 10 years old male children with clinical management of receptive behavior.

Keywords: tooth supernumerary, prevalence, clinical history, surgical procedures, midazolam, general anesthesia.

I. INTRODUCCIÓN

Los dientes supernumerarios (DS) son un exceso en el número normal de dientes que se presentan en ambas denticiones; siendo una de las anomalías dentarias de desarrollo más importantes. Pueden ser únicos o múltiples, erupcionados o retenidos, de distribución unilateral o bilateral y se pueden presentar en cualquier región de ambos maxilares (1,2). Existen hipótesis que podrían explicar la aparición de los DS y su etiología continúa sin estar clara, sin embargo se consideran los factores genéticos y ambientales importantes en la aparición de los DS (2), así como existen varias teorías; la teoría de la dicotomía, menciona que se producen por la división del germen dentario, donde la yema del diente se divide en dos partes iguales o de diferente tamaño, formando dos dientes de igual tamaño (DS suplementario), o un diente normal y uno dismórfico (DS malformado) (2,3,4); teoría del atavismo, sugerida sobre los ancestros remotos del hombre (2) donde los DS son el resultado de una reversión filogenética a primates extintos con tres pares de incisivos (4); teoría de factores genéticos: plantea de que un gen autosómico recesivo de un familiar, podría conducir a la aparición de DS (5); y por último, la teoría de la hiperactividad de la lámina dental, que sugiere hiperactividad localizada, independiente y condicionada; según esta teoría, una forma suplementaria se desarrollaría a partir de la extensión lingual de un brote dental accesorio (como los premolares supernumerarios) (2,6), mientras que una forma rudimentaria se desarrollaría a partir de la proliferación de restos de la lámina dental, en donde algunos de estos permanecen y forman grupos (perlas o islas llamados gránulos de Serres) que pueden convertirse en un germen dentario, siendo esta última la teoría más predominante (2,3,6).

Aunque algunos DS pueden estar asociados con algún síndrome (displasia cleidocraneana, síndrome de Gardner, síndrome de Goldenhar, síndrome de Hallermann-Streiff, síndrome de Ehlers-Danlos tipo III, síndrome de Ellis-Van Creveld, síndrome Orofaciodigital tipo I, síndrome de Marfan, síndrome de Nance Horan, síndrome tricorínofalángico) y con condiciones como paladar hendido y/o labio leporino (7,8,9), la mayoría de los DS ocurren como eventos aislados (10).

El diagnóstico temprano de DS, se puede realizar mediante una inspección clínica y confirmar con exámenes auxiliares, principalmente la radiografía (11,12,13,14,15).

El hallazgo de DS va en aumento, en dentición primaria representa aproximadamente de 0.5% a 2,4% (16), mientras que en la dentición permanente se presenta de 1 a 4%; con mayor incidencia en el maxilar superior (90-95%) localizándose la mayoría de veces en la región incisivo canina (17).

A nivel mundial se encontró alta incidencia en grupos asiáticos (18); en países como Taiwán (2022) con 11,25% (18), China con 10,52% en 2021 (19) y 6,7% en el 2023 (20), India con 3,93% en el 2017 (21) y 1,87% en el 2022 (22), Bangladesh (2023) con 2,8% (23), Egipto (2021) con 2% (24), Korea (2023) con 1,21% (25), Israel (2019) con 1,20% (26), así como Suiza (2023) con 2,07% (27), España (2020) con 1,84% (28); en América Latina existen investigaciones en países como Colombia en el 2016 con 11,47% (29), 3,8% en el 2023 (30) y 2,42% en el 2019 (31), Brasil (2020) con 6,40% (32), Chile (2016) con 4,82% (33), Ecuador (2020) con 4,54% (34), Costa Rica (2018) con 4,5% (35).

En el contexto de la prevalencia en el Perú, los datos revelan disparidad notable entre la capital Lima y diversas provincias. Lima exhibió un índice del 8,5% en 2021 (36), seguido de un 6,71% en 2020 (37), y un 6,20% en 2022 (38).

Por otro lado, provincias como Ica presentaron un marcado contraste con un 46,78% en 2022 (39), mientras que Cerro de Pasco registró un 39,40% en 2019 (40). Tacna y Abancay mostraron cifras significativas en 2022 y 2023 respectivamente con 39,94% (41) y 33,3% (42). Asimismo, Ayacucho (2023) reportó un 25,60% (43), Chiclayo un 19,60% (44) en el mismo año, mientras que Huánuco en 2018 (45) presentó un 12,81% y Piura (2018) un 10,09% (46).

Los datos muestran la diversidad geográfica existente; vale destacar que todos los porcentajes descritos son reportados a partir de estudios en menores de 18 años.

El tratamiento quirúrgico de DS exige consideraciones especiales diferentes a la exodoncia común (anestesia, tiempo, complejidad) (47,48,49); como una evaluación preoperatoria que incluye exámenes auxiliares (radiografías oclusales, periapicales, panorámicas o tomografía computarizada) (13,50,51); consideraciones de comportamiento (52,53), para poder manejar el miedo y la ansiedad en niños que algunas veces requieren manejo clínico de las técnicas farmacológicas como la sedación consciente (54,55,56), sedación inhalatoria con óxido nitroso (57,58,59), y anestesia general (60,61) siendo la base de ésta investigación; por ser un desafío especial en los periodos operatorio y posoperatorio también debemos considerar el crecimiento y desarrollo para el momento de la cirugía, por la afectación en otras estructuras (4,6); sin dejar de lado la anomalía propiamente dicha como ubicación, tamaño, forma y los

cuidados posoperatorios luego de la cirugía, como el uso de obturadores quirúrgicos inmediatos (62,63,64).

Los DS pueden originar complicaciones clínicas tales como: mal posición dentaria (desplazamiento, espaciamiento, posición ectópica, retención, impactación o apiñamiento dental), diastemas, retrasos en la erupción dentaria, erupción de incisivos en la cavidad nasal, reabsorción radicular de dientes adyacentes, alteración de la oclusión y la estética, anomalías de la raíz dental, además de formación de lesiones quísticas (8,65,66); al mismo tiempo pueden generar problemas psicosociales como el bullying (67,68) y la baja autoestima (69); disminuyendo sus relaciones interpersonales, perjudicando así su calidad de vida (70); por todo lo mencionado es importante el tratamiento oportuno.

La presente investigación es necesaria, pues brinda información detallada del manejo clínico farmacológico de los diferentes casos, considerando siempre la conducta del niño o del adolescente que afrontará una cirugía en ocasiones compleja, pudiendo ayudarlo con manejo clínico de técnicas farmacológicas para tener una mejor experiencia, sin dejar de lado los datos sobre la prevalencia de los DS que ayudarán al odontopediatra al diagnóstico, la mejor manera de abordar la cirugía y los cuidados posoperatorios; obteniendo mayor satisfacción de parte de profesionales, pacientes y padres, dando resolución a esta anomalía en las mejores condiciones y pronósticos, generando un efecto psicosocial positivo, con una sonrisa saludable, mejorando su armonía facial y de ésta manera restableciendo su calidad de vida (70).

El propósito del presente estudio es determinar la prevalencia y manejo clínico farmacológico de pacientes niños y adolescentes para la intervención de dientes

supernumerarios en el centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano
Heredia entre los años 2001 - 2019.

II. OBJETIVOS

II.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y manejo clínico farmacológico de pacientes niños y adolescentes para la intervención de dientes supernumerarios en el centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2001 - 2019.

II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de DS en niños y adolescentes, intervenidos quirúrgicamente según sexo y edad.
2. Determinar la prevalencia de DS en niños y adolescentes intervenidos quirúrgicamente según su erupción.
3. Determinar el tipo de conducta de niños y adolescentes para el tratamiento quirúrgico de DS según sexo y edad.
4. Determinar la prevalencia de DS en niños y adolescente según la localización, número de intervenciones y cantidad de DS.
5. Determinar la técnica farmacológica utilizada para el manejo clínico de la intervención quirúrgica de DS según sexo y edad en niños y adolescentes no receptivos.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

III.1. DISEÑO DEL ESTUDIO: Descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal.

III.2. POBLACIÓN

Constituida por 1091 niños y adolescentes sanos, registrados en 1111 reportes quirúrgicos (RQx), intervenidos con diferentes anomalías dentarias y patologías de solución quirúrgica en el Servicio de Odontopediatría y el Servicio de Cirugía Máxilo Facial del centro dental docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2001 al 2019.

Criterios de inclusión, se consideró los datos completos de niños y adolescentes sanos entre las edades de 0 a 17 años de los RQx de los cuadernos de Bitácora de Cirugía del Servicio de Odontopediatría y los Cuadernos de Control de Sala de Operaciones del Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Centro Dental Docente de la UPCH.

Los Criterios de exclusión, fueron los registros que no contaban con todas las variables del estudio y los RQx que no fueron consignados en el libro de Bitácora ni en el cuaderno de control de sala de operaciones.

III.3. MUESTRA

Estuvo conformada por 283 niños y adolescentes sanos entre las edades de 0 a 17 años, quienes recibieron intervención quirúrgica por presentar 353 DS, apuntados en 303 RQx; que fueron registrados en los cuadernos de bitácora de Cirugía del Servicio de Odontopediatría y de control de Sala de

Operaciones del Servicio de Cirugía Máxilo Facial en el centro dental docente de la UPCH, entre los años 2001 al 2019.

III.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo 01)

a. **Conducta del niño y adolescente durante la atención odontológica:**

Variable cualitativa, escala nominal, definida como patrón de comportamiento de niños y adolescentes para realizar un adecuado tratamiento dental (65), este tipo de conducta está consignada en la Ficha de Recolección de Datos (FRD) (Anexo 02) como 1 = Paciente Receptivo y 2 = Paciente No Receptivo.

b. **Diente supernumerario (DS):** Variable cualitativa, escala nominal,

definida como un exceso en el número normal de dientes que se presentan en ambas denticiones (1), registrado en la FRD (Anexo 02) como: 1 = No presenta, 2 = Presenta.

c. **Manejo Clínico de la Conducta bajo Técnicas Farmacológicas:**

Variable Cualitativa, escala nominal, definida como manejo clínico de la conducta bajo técnicas farmacológicas utilizadas en Odontopediatría para el control del miedo, ansiedad y dolor para realizar la intervención de DS (71), esta técnica está consignada en la FRD (Anexo 02) como: 0 = Ninguna, 1 = Sedación Consciente Vía Oral (midazolam), 2 = Sedación consciente vía inhalatoria (óxido nitroso), 3 = Anestesia General

d. **Sexo:** Variable Cualitativa, en escala nominal, definida como la

condición orgánica que diferencia a los varones de las mujeres, está

registrada en la FRD (Anexo 02) como: 0 = No registra, 1 = Femenino, 2 = Masculino.

- e. **Edad:** Variable cuantitativa, escala ordinal, definida como años y meses registrados durante la Anamnesis, que está categorizada y registrada al mismo tiempo en la FRD (Anexo 02) como: 1 = De 0 a 2 años con 11 meses, 2 = De 3 a 6 años con 11 meses, 3 = De 7 a 10 años con 11 meses, 4 = De 11 a 14 años con 11 meses, 5 = De 15 a 17 años con 11 meses.
- f. **Erupción del diente supernumerario:** Variable Cualitativa, escala nominal, definida como la ubicación del DS con respecto al nivel de la superficie oral, está consignada en la FRD (Anexo 02) como: 1 = Erupcionado, 2 = No erupcionado, 3 = Ambos.
- g. **Cantidad de dientes supernumerarios:** Variable cuantitativa, escala de razón, definida como Cantidad de DS identificados, que está consignada en la FRD (Anexo 02) como: 1 = Un DS, 2 = Dos DS, 3 = Tres DS, 4 = Cuatro DS, 5 = Cinco DS, 6 = Seis DS.
- h. **Localización del diente supernumerario:** Variable Cualitativa, escala nominal, definida como la ubicación del DS al momento de realizar el examen radiográfico, que está consignada en la FRD (Anexo 02) como: 0 = No registrado, 1 = Zona anterosuperior, 2 = Zona anteroinferior, 3 = Zona Premolar superior derecha, 4 = Zona Premolar superior izquierda, 5 = Zona premolar inferior derecha, 6 = Zona premolar inferior izquierda, 7 = Zona molar superior derecha, 8 = Zona molar superior izquierda, 9 = Zona Molar inferior derecha, 10 = Zona Molar inferior

izquierda; 11 = Combinación 1 y 2; 12 = Combinación 1 y 6; 13 = Combinación 1 y 5; 14 = Combinación 3 y 4; 15 = Combinación 4 y 6; 16 = Combinación 5 y 6; 17 = Combinación 7 y 8; 18 = Combinación 1, 7 y 8; 19 = Combinación 1, 8 y 9; 20 = Combinación 1, 3, 5, y 6.

- i. **Cantidad de Intervenciones Quirúrgicas:** Variable Cuantitativa, escala de razón, definida como cantidad de intervenciones quirúrgicas de DS, que está consignada en la FRD (Anexo 02) como: 1 = 1 vez, 2 = 2 veces, 3 = 3 veces, 4 = 4 veces a más.

III.5. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

El primer paso consistió en realizar solicitudes dirigidas a la Dirección de posgrado, Coordinación de los Servicios de Odontopediatría y de Cirugía Máxilo Facial del Centro Dental Docente de la UPCH, pidiendo el acceso a la base de datos de los pacientes consignados en los años 2001 al 2019; acto seguido se recibió la carta de aprobación para el uso del archivo de los cuadernos de Bitácora de Cirugía y de control respectivamente.

Se realizó la revisión de ambos cuadernos (Bitácora y de Control), de los pacientes niños y adolescentes sanos que fueron intervenidos con el diagnóstico de DS desde los años 2001 al 2019, usando una ficha de recolección de datos (FRD) confeccionada para esta investigación (Anexo 02).

Todos los datos encontrados se subieron al programa SPSS versión 24.0, y se continuo con el análisis de los resultados que fueron evaluados de acuerdo a las variables del estudio.

III.6. Aspectos éticos del estudio

Esta investigación se realizó recibida la aprobación del Comité Institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH). Al ser una investigación, donde se empleó información recolectada de reportes quirúrgicos, se respetó los principios éticos. Para mantener la confidencialidad de los datos de los participantes, se creó una base de datos encriptada donde solo tuvieron acceso los investigadores por medio de una contraseña; se le asignó a cada participante, un código de la siguiente manera: “PD0001, PD0002, PD0003,...” que sirvió para el llenado de la ficha de recolección de datos.

III.7. Plan de Análisis

Teniendo en cuenta la naturaleza de las variables se utilizó el programa estadístico SPSS 24.0 aplicando:

Análisis univariado: a partir de las variables cualitativas se obtuvo porcentajes y frecuencias de acuerdo con su distribución.

Análisis bivariado: se consideró como variable de salida la presencia de DS y el manejo clínico de la conducta bajo técnicas farmacológicas, que se relacionaron con las variables sociodemográficas (edad y sexo), aplicando el test exacto de Fisher o de Chi cuadrado o Chi cuadrado corregido por Yates. Se consideró un nivel de significancia de $p \leq 0.05$.

IV. RESULTADOS

En el Servicio de Odontopediatría, se reportaron un total de 1091 niños y adolescentes quienes fueron atendidos en el área de Cirugía por alguna anomalía dentaria, entre los años 2001 al 2019, siendo descritos 1111 reportes quirúrgicos en los Cuadernos (bitácoras) de Cirugía Odontopediátrica y Cuadernos de control del Servicio de Sala de operaciones; de estos reportes, se encontraron un total de 283 niños y adolescentes intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de dientes supernumerarios (DS), resultando una prevalencia de 25,94% (n=283). Se describieron 303 intervenciones quirúrgicas, contabilizando 353 DS.

Al realizarse el análisis sobre la prevalencia de los niños y adolescentes que presentan DS según sexo, se encontró; que 68,20% (n=193) eran sexo masculino y 31,80% (n=90) del sexo femenino. Se determinó a través de la prueba estadística de Chi- cuadrado que existe asociación significativa entre la prevalencia de DS y el sexo masculino con $p < 0,001$ (Tabla 1).

En cuanto al grupo etáreo; los niños y adolescentes que presentaron mayor número de DS, fueron los del grupo de 7 a 10 años 11 meses representando 62,54% (n=177), donde la prevalencia de DS fue de 69,49 % (n=123) del sexo masculino y 30,51% (n=54) del sexo femenino, encontrándose asociación entre la prevalencia del grupo etáreo de 7 a 10 años 11 meses y el sexo masculino ($p < 0,001$) (Tabla 2).

En la distribución de DS según su erupción; se encontró que 91,17% (n=258) se presentaron como DS no erupcionados, mientras que 2,47 % (n=7) representaron DS erupcionados y 6,36% (n=18) con la combinación de ambos; encontrando mayor prevalencia de DS no erupcionados (Tabla 3).

Respecto al tipo de conducta; se encontró que del total de 283 niños y adolescentes que presentaron DS, el 70,32% (n=199) tuvieron una conducta receptiva, mientras que 29,68% (n=84) fueron no receptivos. En relación al sexo; prevaleció el sexo masculino con 69,95% (n=135) que mostraron conducta receptiva. Determinando asociación entre el sexo y conducta, dando la mayor prevalencia a los niños y adolescentes de sexo masculino en ambas conductas (p=0,842) (Tabla 4).

El grupo etáreo de 7 a 10 años 11 meses lo representan un total de 62,54 % (n=177), siendo el 71,19% (n=126) de conducta receptiva y 28,81 % (n=51) de conducta no receptiva; encontrando una asociación significativa entre grupo etáreo y conducta receptiva (p = 0,001) determinada a través de la prueba chi cuadrado corregido por Yates (Tabla 5).

Respecto a la localización de DS en niños y adolescentes; del total de 283 pacientes se reportaron 303 intervenciones quirúrgicas, donde se halló 353 DS. Se mostró que la zona más afectada fue la anterosuperior con 82,33% (n=233), en esta zona se reportaron 77,56% (n=235) intervenciones quirúrgicas (1 única intervención en 231 pacientes, y 2 intervenciones en 2 pacientes). En cuanto a la cantidad de DS en la zona anterosuperior exclusivamente; se hallaron un total de 77,90% (n=275) DS (196 DS únicos en 196 pacientes, 2 DS en 33 pacientes, 3 DS en 3 pacientes y 4DS en 1 solo paciente). Evidenciando mayor prevalencia de DS en la zona anterosuperior (Tabla 6).

Acerca del manejo clínico de la conducta bajo técnicas farmacológicas utilizadas en odontopediatría para la intervención quirúrgica de DS; en 29,68% (n=84) niños y adolescentes no receptivos, se reportó que la mayor prevalencia la mostró la

técnica vía oral con midazolam en 53,57% (n=45) pacientes, mientras que la técnica de anestesia general fue utilizada en 46,43% (n=39) pacientes. Considerando la variable sexo; se halló que del sexo masculino fueron 30,05% (n=58) niños y adolescentes: utilizando en 55,17% (n=32) la técnica de sedación consciente vía oral con Midazolam y 44,83% (n=26) con anestesia general; encontrando una relación significativa entre el sexo masculino y las técnicas farmacológicas ($p = 0,891$) según la prueba chi cuadrado. En el grupo etáreo de 7 a 10 años 11 meses, se intervinieron con sedación consciente vía oral a 58,82% (n=30) pacientes, mientras que 41,18 % (n=21) se sometieron a Anestesia general, encontrándose asociación significativa entre la edad y las técnicas farmacológicas ($p < 0,001$) según la prueba de chi cuadrado corregido por Yates; evidenciando que la técnica farmacológica vía oral (midazolam) fue la más utilizada en niños y adolescentes no receptivos (Tabla 7).

V. DISCUSIÓN

Aunque la etiología de los DS sigue siendo desconocida, existen varias teorías que explican su origen; entre ellas el atavismo, la dicotomía de la yema del diente y la hiperactividad de la lámina dental. Además, factores como la genética, la herencia y la etnia también pueden influir en su aparición (66).

En la presente investigación, se revisaron un total de 1111 reportes quirúrgicos de los Cuadernos (bitácoras) de Cirugía del Servicio de Odontopediatría y de los Cuadernos de Control del Servicio de Sala de Operaciones de niños y adolescentes entre las edades de 0 a 17 años 11 meses durante el periodo comprendido entre los años 2001 al 2019. Se observó una prevalencia del 25.94% (n=283) de pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica por DS. Los resultados difirieron significativamente de otros estudios debido a que ésta investigación se llevó a cabo en niños y adolescentes sistémicamente sanos con diversas anomalías dentales, problemas dentomaxilofaciales identificados previamente en exámenes clínicos odontológicos, exámenes auxiliares (radiografías periapicales, panorámicas y/o tomografías), exámenes clínicos prequirúrgicos (interconsultas, exámenes de laboratorio, riesgo quirúrgico, si fuera el caso) y que fueron asignados directamente al área de Cirugía en Odontopediatría para su intervención quirúrgica.

Existen diferentes prevalencias reportadas en investigaciones clínicas y observacionales en niños y adolescentes que muestran variaciones significativas entre ellas. En Korea, Jang el 2023 encontró 1,21% (n=176,780) utilizando códigos de diagnóstico de Salud Pública en 14,654,400 niños y adolescentes de 0 a 19 años (25); en Sri Lanka, Herath en 2017 reportó 0,26% (n=218) en 83,846

niños y adolescentes de 5 a 16 años a partir de DS erupcionados en boca (17); en Madrid, Brinkmann en 2020 encontró 1,84% (n=518) examinando 28,114 pacientes que recibieron Cirugía de DS (28); investigaciones con exámenes odontológicos de rutina como Sharma el 2012 en la India reportó 1,37% (n=300) en 21,824 pacientes (72) mientras que en Turquía, Kasimoglu el 2020 reportó 0,59% en 16,986 pacientes (73) y Shekhar el 2012 encontró 1,91% (n=212) en 11,200 (74); todos estos hallados en niños y adolescentes de 3 a 14 años. Estas diferencias resaltaron la variabilidad en la prevalencia de DS según la región, el rango de edad y los métodos de diagnóstico utilizados.

En contraste, muchos estudios han utilizado Radiografías Panorámicas (Rx Pan) para evaluar la prevalencia de DS. Los estudios de Cheng en Taiwán y Ma en China informaron prevalencias similares del 11,25% y el 10,52% respectivamente (18,19); a diferencia de Hajmohammadi en la India con una prevalencia del 1,06% significativamente menor (15). En Latinoamérica los estudios de Amoroso en Ecuador, García en México y Martínez en Colombia mostraron prevalencias de 4,54%, 1,14% y 2,42% respectivamente (34,75,31). En Perú; Arana en Ica obtuvo una prevalencia notablemente alta del 46,78% (39), mientras en Lima, Gálvez en el 2020 y Hernández en el 2021 reportaron 6,71% y 1,70% respectivamente (37, 76). Estas discrepancias en los hallazgos podrían atribuirse a diferencias en las características poblacionales, los criterios de observación empleados en las Rx Pan empleadas y el tamaño de las muestras en cada estudio. No obstante, estos resultados subrayan la importancia de realizar investigaciones adicionales para comprender mejor la epidemiología de los DS.

Este estudio mostró una proporción hombre:mujer de 2,1:1, indicando una mayor incidencia del sexo masculino (68,20%, n=193) en comparación con el sexo femenino (31,80%, n=90); hallazgos consistentes con otros estudios; como Jang en 2023 que reportó 69,63% en varones y 30,27% en mujeres (25); Kasimoglu en 2020 con 65% en varones y 35% en mujeres (73). Sin embargo, existen resultados diferentes; como Rayyanu en 2022 con 50,60% en mujeres y 49,90% en varones (77) y Amoroso en 2021 con 55,51% en mujeres y 44,49% en varones (34). Se ha propuesto que la transmisión dependiente del cromosoma X puede ser una posible explicación para la mayor prevalencia de DS en hombres, aunque se requiere más investigación para confirmar esta afirmación.

El grupo etáreo con mayor número de DS se presentó en el rango de 7 a 10 años y 11 meses representando 62,54% (n=177), información casi coincidente con estudios como el de Herath en el 2017 que reportó 77,14% (n=93) en niños de 8 a 10 años (17), Jang en el 2023 un 82,20% (n=145,313) en niños de 7 a 8 años (25), Shekhar en el 2012 con 86,8% (n=184) en niños de 7 a 12 años (74), mientras que Ma en 2020 informó 62,50% (n=1,240) de DS en niños con dentición mixta (19). Contrariamente, Sánchez el 2021 encontró la mayor prevalencia en el grupo de 13 a 17 años con un 38,3% (n=51), siendo el grupo de 8 a 12 años el menor con un 24,1% (n=32) (78); Cheng en el 2022 reportó 67,36% (n=97) en niños de 5 a 9 años (18) y He en el 2023 encontró un 36,81% (n= 602) en el rango de 5 a 8 años (20). Estas variaciones resaltan la importancia de considerar la edad al estudiar la prevalencia de DS en diferentes grupos etáreos.

La mayoría de las investigaciones revisadas encontraron una mayor prevalencia de DS no erupcionados en comparación con los erupcionados, como nuestra

investigación que halló 91,17% siendo resultado apoyado con investigaciones como la de Sharma el 2012, Jiménez de Zanabria, Cheng en el 2022 y Ma en el 2020 con prevalencias similares del 65%, 67,8%, 77,09% y 79,87% respectivamente (72,79,18,19). En contraste, algunos estudios mostraron mayor prevalencia de DS erupcionados como el de Shekhar en el 2012 con 59,8% (74) y Kasimoglu en 2020 con 57,3% (73). Es importante destacar que la etapa de desarrollo de los DS es un factor clave para su erupción, sin embargo, la presencia de obstáculos, como otros dientes, son determinantes para su erupción. Estas variaciones subrayan la necesidad de considerar factores específicos al estudiar la erupción de los DS.

Este estudio encontró que el 82,33% presentaron DS en la zona anterosuperior, coincidiendo con los hallazgos de Herath en 2017, Kasimoglu en 2020, Cheng en 2022 y Ma en 2020, quienes encontraron altas prevalencias (99,16%, 95,60%, 95,53%, 94,86% respectivamente) en esta zona (17,73,18,19); sin embargo, los estudios de Hajmohammadi en 2020 y Demiriz en 2015 reportaron mayor prevalencia de DS en la zona molar (15,80).

Con respecto a la cantidad de DS se encontraron 353 DS en 283 niños y adolescentes, siendo el 64,87% DS únicos. Otras investigaciones como Shekhar en 2012, Herath en 2017, Kasimoglu en 2020 y Singh en 2012 reportaron también alta prevalencia de DS únicos (74,17,73,22). Se identificó pacientes con más de 4 DS similar a investigaciones como la de Hajmohammadi en la India y Demiriz en Taiwán (15,80). Es importante mencionar que la presencia de múltiples DS puede estar relacionada con síndromes, como lo explican las revisiones de Feregrino en

2019 y Lubinsky en 2016 (5,9). Sin embargo, la presente investigación se enfocó en niños sanos.

El presente estudio no tomó en cuenta factores como la forma, tipo de dentición, posición sagital, orientación, relación vertical con el diente permanente asociado y etapa de desarrollo del DS, por lo que se recomienda ser registrados al momento de realizar el RQx además de considerar la posibilidad de un síndrome genético en casos particulares.

Se mostró una alta proporción de niños y adolescentes con conducta receptiva durante la exodoncia de DS, resultando 70,32% (n=199); mientras que el 29,68% (n=84) fueron no receptivos y requirieron sedación consciente con Midazolam o anestesia general para el tratamiento quirúrgico. En comparación con otros estudios, se encontró que Gronbaek y Zapata en el 2017 y Aras en el 2020 necesitaron proceder con anestesia general para la exodoncia de DS, reportando 2,2%, 4,1% y 10,70% de sus pacientes respectivamente (81,83,60). En contraste, el estudio de Capurro en Italia reportó que el 36,66% de las cirugías se realizaron en sala de operaciones y se extrajeron 94 DS (82); en general, los resultados de la investigación presentada sugieren que la mayoría de los niños y adolescentes pueden ser tratados de manera ambulatoria con técnicas no farmacológicas para la exodoncia de DS.

La investigación reveló que el 77,56% (n=235) de los pacientes que recibieron intervenciones quirúrgicas eran niños y adolescentes que solo necesitaron una intervención, mientras que el 3.18% (n=9) recibió dos intervenciones, el 1.06% (n=3) recibió tres intervenciones y el 0.35% (n=1) recibió más de cuatro intervenciones quirúrgicas. En comparación con otros estudios; Gronbaek (2017)

en Dinamarca informó un total de 2854 intervenciones quirúrgicas dentoalveolares (81) y Capurro (2020) en Italia indicó 2499 intervenciones quirúrgicas en niños de 0 a 14 años (n=27,663) (82); nuestra investigación proporciona información detallada sobre la cantidad de intervenciones quirúrgicas para DS por paciente.

Al interpretar los resultados de diferentes estudios, ha sido importante considerar las variaciones en la metodología y las características de la población. Las cifras de prevalencia variaron según el diseño, tamaño y ubicación geográfica de la muestra. La presencia de DS puede ser más común de lo que se pensaba en la región, pero los resultados cambiaron según el tipo de estudio. Los problemas dentales surgen durante la dentición mixta.

En general, la mayoría de los niños y adolescentes pueden recibir tratamiento ambulatorio y técnicas no farmacológica para la exodoncia de DS.

Es común que las anomalías dentomaxilofaciales, como la presencia de DS, requieran intervención quirúrgica en un entorno hospitalario. Diversos estudios, incluyendo los de Rudie en 2018 (84) y Aras en 2020 (60), han documentado esta práctica común. En el caso del Perú, muchas personas acceden a servicios médicos a través de hospitales públicos debido a los elevados costos de los tratamientos, lo que puede retrasar la extracción de los DS; este retraso puede ser especialmente perjudicial para las personas con bajos recursos económicos, quienes pueden tener dificultades para acceder a la atención médica necesaria.

Por tanto, es crucial establecer políticas de salud efectivas que garanticen el acceso equitativo a servicios de calidad para toda la población peruana, independientemente de su nivel socioeconómico.

Por los puntos tratados en nuestra investigación, recomendamos:

1. Indicar como protocolo, la toma de una radiografía panorámica en pacientes que muestren retraso en la erupción de incisivos centrales superiores y/o pacientes que presenten diastemas con el objetivo de diagnosticar la posible presencia de DS.
2. Considerar seguir ejecutando nuevos estudios, con mayor población y lugar de procedencia, para considerar la importancia de posibles factores genéticos, locales o ambientales y así tener mayor conocimiento respecto al origen de los DS.
3. Se recomienda realizar el reporte quirúrgico especializado de DS considerando el desarrollo radicular, inclinación, forma; para una correcta recopilación de datos en estudios posteriores.
4. Se debe considerar el registro de posibles anomalías dentarias asociadas al diagnóstico de DS, además del uso de obturadores (pos-operatorio), haciendo posible su intervención y prevenir complicaciones respectivamente.
5. Realizar estudios comparando la presencia de DS en síndromes, o relaciones genéticas.

VI. CONCLUSIONES

El presente estudio concluye que:

1. La prevalencia y manejo clínico farmacológico en pacientes niños y adolescentes con dientes supernumerarios intervenidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2001 – 2019 fue de 25.94%.
2. Se encontró mayor prevalencia de DS en el sexo masculino, predominando en el grupo etáreo de 7 a 10 años 11 meses.
3. La mayor prevalencia de DS se presentaron como DS no erupcionados.
4. La conducta receptiva se presentó en niños y adolescentes de sexo masculino de 7 a 10 años 11 meses.
5. La zona anterosuperior registró la mayor cantidad de DS, así como también la mayor cantidad de intervenciones quirúrgicas.
6. La técnica farmacológica más utilizada para la intervención quirúrgica de DS en niños y adolescentes no receptivos fue la sedación consciente con Midazolam en varones entre las edades de 7 a 10 años 11 meses.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Montenegro P, Valmaseda Castellón E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Retrospective study of 145 supernumerary teeth. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11(4):339-344.
2. Khalaf k. Supernumerary Teeth-Review Ofaetiology, Sequelae, Diagnosis and Management. Part II. *Int. J. Adv. Res.* 2016; 4(11):1363-1375.
3. Amaral D, Muthu MS. Supernumerary teeth: review of literature and decision support system. *Indian J Dent Res.* 2013; 24(1):117-122.
4. Brook AH. A unifying aetiological explanation for anomalies of human tooth number and size. *Arch Oral Biol.* 1984; 29(5):373-378.
5. Feregrino-Vejar L, Castillo-Carmona IG, Rojas-García AR. Dientes supernumerarios asociados a síndromes. *Rev Tame.* 2019; 7(22):899-903.
6. Zhang H, Gong X, Xu X, Wang X, Sun Y. Tooth number abnormality: from bench to bedside. *Int J Oral Sci.* 2023; 15(1):1-15
7. Mallineni S. Supernumerary Teeth: Review of the Literature with recent Updates, En: CDE Program, Dr NTR University of Health Sciences; 23 march 2013; Narayana Dental college and Hospital Nellore, India. India: Conference papers in Science; 2013. p.6. Disponible en <https://doi.org/10.1155/2014/764050>
8. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. Abnormalities of teeth. In: *Oral Pathology: Clinical-Pathologic Correlations*, 5th ed. St Louis, MO: Saunders Elsevier; 2008; 5(1):361-376.
9. Lubinsky M, Kantaputra PN. Syndromes with supernumerary teeth. *Am J Med Genet A.* 2016; 170(10):2611-2616.
10. White S, Pharoah M, Frederiksen NL. Advanced Imaging. In: White S, Pharoah M, eds. *Oral Radiology: Principles and Interpretation*. 6th ed. St Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2009; 6(1):207-224.
11. Scarfe WC, Farman AG. Cone Beam Computed Tomography. In: White S, Pharoah M, eds. *Oral Radiology: Principles and Interpretation*. 6th ed. St Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2009; 6(1):225-243.
12. Toureno L, Park JH, Cederberg RA, Hwang EH, Shin JW. Identification of supernumerary teeth in 2D and 3D: review of literature and a proposal. *J Dent Educ.* 2013; 77(1):43-50.
13. Mossaz J, Suter VG, Katsaros C, Bornstein MM. Supernumerary teeth in the maxilla and mandible-an interdisciplinary challenge. Part 2: diagnostic pathways and current therapeutic concepts. *Swiss Dent J.* 2016; 126(3):237-259.
14. Leco Berrocal MI, Martín Morales JF, Martínez González JM. An observational study of the frequency of supernumerary teeth in a population of 2000 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007; 12(2):134-138.
15. Hajmohammadi E, Najirad S, Mikaeili H, Kamran A. Epidemiology of Supernumerary Teeth in 5000 Radiography Films: Investigation of Patients Referring to the Clinics of Ardabil in 2015-2020. *Int J Dent.* 2021; 2021:1-7
16. Mallineni SK, Alassaf A, Almulhim B, Alghamdi S. Dental Anomalies in Primary Dentition among Arabian Children: A Hospital-Based Study. *Children (Basel).* 2024; 11(3):366-378
17. Herath C, Jayawardena C, Nagarathne N, Perera K. Characteristics and sequelae of erupted supernumerary teeth: A study of 218 cases among Sri Lankan children. *J Investig Clin Dent.* 2017; 8(4):1-5

18. Cheng FC, Chen MH, Liu BL, Liu SY, Hu YT, Chang JY, Chiang CP. Nonsyndromic supernumerary teeth in patients in National Taiwan University Children's hospital. *J Dent Sci.* 2022; 17(4):1612-1618
19. Ma X, Jiang Y, Ge H, Yao Y, Wang Y, Mei Y, Wang D. Epidemiological, clinical, radiographic characterization of non-syndromic supernumerary teeth in Chinese children and adolescents. *Oral Dis.* 2021; 27(4):981-992.
20. He L, Que G, Yang X, Yan S, Luo S. Prevalence, clinical characteristics, and 3-dimensional radiographic analysis of supernumerary teeth in Guangzhou, China: a retrospective study. *BMC Oral Health.* 2023; 23(1):351-363
21. Gupta, Seema, Kumar, PS. A study on prevalence, complications, and possible etiologic factors of supernumerary teeth in 6–12-year-old Schoolchildren of Rohtak, India. *Indian J Dent Sciences.* 2017; 1(9):141-147
22. Singh AK, Soni S, Jaiswal D, Pani P, Sidhartha R, Nishant. Prevalence of Supernumerary Teeth and Its Associated Complications among School-going Children between the Ages of 6 and 15 Years of Jamshedpur, Jharkhand, India. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2022; 15(5):504-508.
23. Goswami S. Prevalence and characteristics of supernumerary teeth in pediatric patients: Aretrospective study. *J Prim Care Dent Oral Health.* 2023; 4(3):99-102.
24. El-Halafawey R., Abd Al Gawad R, Hanafy R. Prevalence of Erupted supernumerary teeth and Associated Oral Complications among a Group of Egyptian Children: A Cross Sectional Study. *Egyptian Dental Journal.* 2021; 67(3):1753-1759.
25. Jang DH, Chae YK, Lee KE, Nam OH, Lee HS, Choi SC, Kim MS. Determination of the range of intervention timing for supernumerary teeth using the Korean health insurance review and assessment service database. *J Clin Pediatr Dent.* 2023; 47(1):67-73.
26. Finkelstein T, Shapira Y, Pavlidi AM, Schonberger S, Blumer S, Sarne O, Shpack N. Prevalence and Characteristics of Supernumerary Teeth in Israeli Orthodontic Patients. *J Clin Pediatr Dent.* 2019; 43(4):244-251.
27. Henninger E, Friedli L, Makrygiannakis MA, Zymperdikas VF, Papadopoulos MA, Kanavakis G, Gkantidis N. Supernumerary Tooth Patterns in Non-Syndromic White European Subjects. *Dent J (Basel).* 2023; 11(10):1-11.
28. Brinkmann JC, Martínez-Rodríguez N, Martín-Ares M, Sanz-Alonso J, Marino JS, Suárez García MJ, Dorado CB, Martínez-González JM. Epidemiological Features and Clinical Repercussions of Supernumerary Teeth in a Multicenter Study: A Review of 518 Patients with Hyperdontia in Spanish Population. *Eur J Dent.* 2020; 14(3):415-422.
29. Duque A, Rodríguez C, Soto L, Escobar F. Prevalencia de anomalías dentales en pacientes de 4 a 14 años de edad, atendidos en las clínicas de odontopediatría de la Universidad del Valle en el período de enero de 2013 a junio de 2016. *Revista gastrohnp.* 2016; 18(1):4-11.
30. Pérez J. Dientes Supernumerarios tipo mesiodents evaluados a través de radiografías panorámicas digitales en Centro Radiológico Privado en Manizales - Colombia [Tesis de grado - Especialidad]. Lima, Perú: Facultad de Odontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023. 41 p.
31. Martinez JF, Meza JS. Prevalencia de dientes supernumerarios en pacientes que asisten a consulta entre las edades de 7-16 años a la Universidad Santo Tomas,

- sede Floridablanca [Tesis Pregrado]. Bucaramanga, Colombia. Universidad Santo Tomas; 2019. 37 p.
32. Wagner VP, Arrué T, Hilgert E, Arús NA, da Silveira HLD, Martins MD, Rodrigues JA. Prevalence and distribution of dental anomalies in a paediatric population based on panoramic radiographs analysis. *Eur J Paediatr Dent.* 2020; 21(4):292-298
 33. Abde K, Marín A. Frecuencia de agenesias, dientes supernumerarios y erupción ectópica en radiografías panorámicas en niños de 7 a 10 años, en tres centros odontológicos de viña del mar [Tesis Pregrado]. Viña del mar, Chile: Facultad de odontología, Universidad de Andrés Bello; 2016. 93 p.
 34. Amoroso Acosta AA. Prevalencia de dientes supernumerarios en valoración radiográfica de pacientes no sindrómicos: Prevalence of supernumerary teeth radiographic evaluation of non-syndromic patients. *EOUG.* 2021; 4(1):20-27.
 35. Gutiérrez N, López A. Frecuencia de anomalías dentales de número en niños costarricenses atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica. *Odovtos-Int. J. Dental Sc.* 2018; 21(1): 95-102.
 36. Romero K, Trevejo A. Anomalías Dentarias de número, evaluadas en tomografías computarizadas de haz cónico. Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima - Perú). 2021; 6(2):15–20.
 37. Gálvez C, Pérez V. Prevalencia de dientes supernumerarios mediante radiografías panorámicas en pacientes pediátricos atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre el 2015 – 2018. [Tesis Posgrado]. Lima, Perú. Facultad de Estomatología Roberto Beltrán Neira de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. 48 p.
 38. Diaz C, Arispe C, Diaz del Olmo F, Benites S. Anomalías dentarias de número en pacientes pediátricos peruanos durante los años 2011-2020. *Revista Científica Salud Uninorte.* 2023; 39(2):465–476
 39. Arana L, Aybar L. Relación entre dientes supernumerarios y alteraciones dentales en radiografías panorámicas de un Centro Radiológico Odontológico ICA 2016 – 2020. [Tesis de pregrado]. Ica, Perú. Escuela Profesional de Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad César Vallejo; 2022. 74 p.
 40. Araujo O. Prevalencia de dientes supernumerarios en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UNDAC 2018 [Tesis de pregrado]. Cerro de Pasco, Perú: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2019. 53 p.
 41. Flor M, Poma B. Prevalencia y características de dientes supernumerarios en radiografías panorámicas de un centro radiológico, Tacna 2020-2021 [Tesis de pregrado]. Tacna, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2022. 56 p.
 42. De la Cruz M, Sauñe F. Alteraciones dentales en radiografías panorámicas según edad y género en pacientes que acudieron al Centro de Diagnóstico CEIMAX Abancay – 2022 [Tesis de pregrado]. Apurímac, Perú: Universidad Tecnológica de Los Andes; 2023. 68 p.
 43. Cuadros S, Tumialan J. Anomalías dentarias de número en radiografías panorámicas en pacientes entre 6-16 años en un centro radiológico - Ayacucho 2022 [Tesis de pregrado]. Ayacucho, Perú: Universidad Roosevelt; 2022. 59 p.
 44. Aquino C, Estela J. Prevalencia de dientes supernumerarios en radiografías panorámicas en pacientes que acuden a un centro radiológico en Chiclayo-2022.

- 2023 [Tesis de pregrado]. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipan; 2023. 53 p.
45. Zevallos M, Cárdenas C. Prevalencia de dientes supernumerarios en niños de 6 a 12 años en la ciudad de Huánuco del 2012 al 2016. *Rev Cient Odontol.* 2018; 6(2):158-166.
 46. Sánchez D. Prevalencia de anomalías dentarias en dentición permanente en radiografías panorámicas, Piura 2017 [Tesis Pregrado]. Piura, Perú: Escuela Profesional de Estomatología. Universidad César Vallejo; 2018. 48 p.
 47. *Guideline on pediatric oral surgery.* American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. *Pediatr Dent.* 2005-2006; 27(7):158-164.
 48. *Guideline on management considerations for pediatric oral surgery and oral pathology.* American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. *Pediatr Dent.* 2015; 37(6):279-288.
 49. Mallineni S, Sivakumar N. Management of supernumerary teeth in children: A narrative overview of published literature. *Journal of Cranio-Maxillary Diseases.* 2015; 4(1):62-65.
 50. *Prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs.* American Academy of Pediatric Dentistry. Council on Clinical Affairs. *Pediatr Dent.* 2017; 39(6):205-207
 51. *Guideline on prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs.* AAPD. Ad Hoc Committee on Pedodontic Radiology. *Pediatr Dent.* 2012; 34(5):189-191.
 52. *Behavior guidance for the pediatric dental patient.* The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: AAPD. 2023: 359-377.
 53. Majd Ibraheem. Behavior Guidance in Pediatric Dentistry - A Review. *Int J Dentistry Oral Sci.* 2021; 8(5):2454-2457.
 54. *Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures.* AAPD. *Pediatr Dent.* 2019; 41(4):326-352.
 55. Ashley PF, Chaudhary M, Lourenço-Matharu L. Sedation of children undergoing dental treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 12(12):1-26.
 56. Manso MA, Guittet C, Vandenhende F, Granier LA. Efficacy of oral midazolam for minimal and moderate sedation in pediatric patients: A systematic review. *Paediatr Anaesth.* 2019; 29(11):1094-1106.
 57. *Use of nitrous oxide for pediatric dental patients.* The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: AAPD. 2023; 39(6):273-277.
 58. Cusme E. Efectividad del óxido nitroso en Odontopediatría. [Tesis Pregrado]. Guayaquil, Ecuador: Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil; 2020. 74 p.
 59. Aguilera A, Del Canto O. Características de pacientes tratados con Óxido nitroso en postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Talca entre 2007-2019. [Tesis Pregrado]. Talca, Chile: Escuela de Odontología de la Universidad .de Talca; 2019. 68 p.
 60. Aras A, Dogan MS. A Retrospective Evaluation of Requirements and Causes of Dental General Anesthesia in Pediatric Dentistry. *Journal of International Dental & Medical Reserch.* 2020; 13(1):290-294.
 61. Use of Anesthesia Providers in the Administration of Office-based Deep Sedation/General Anesthesia to the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent.* 2018;

- 40(6):317-320.
62. Gutiérrez M, Ruiz J, Cal I. Beneficios de los obturadores quirúrgicos en la rehabilitación bucomaxilofacial. Revisión de la literatura. Medisur [revista en Internet]. 2021; 19(1):166-174.
 63. Velázquez-Cayón R.T., Flores-Ruiz R., Torres-Lagares D., González-Guerrero S., González-Padilla D., Gutiérrez-Perez J.L. Uso de obturadores en cirugía oral y maxilofacial: Presentación de cinco casos clínicos. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2011; 33(1):22-26.
 64. Maddalone M, Rota E, Amosso E, Porcaro G, Mirabelli L. Evaluation of Surgical Options for Supernumerary Teeth in the Anterior Maxilla. Int J Clin Pediatr Dent. 2018; 11(4):294-298.
 65. Castillo R., Perona G., Kanashiro C., Perea M., Silva-Esteves F. Estomatología Pediátrica. Ripano; 2010.
 66. Mossaz, J., Suter, V. G. A., Katsaros, C., & Bornstein, M. M. (2016). Überzählige Zähne im Ober- und Unterkiefer – eine interdisziplinäre Herausforderung: Teil 1: Epidemiologie, Ätiologie, Klassifikation und mögliche Komplikationen. Swiss Dental Journal SSO - Science and Clinical Topics. 2016; 126(2):131–140.
 67. Calle M., Montenegro B. Rehabilitación de dientes anteriores deciduos supernumerarios y fusionados. Reporte de caso. Revista Odontología Pediátrica. 2020; 15(2):135-142.
 68. Chikaodi O, Abdulmanan Y, Emmanuel AT, Muhammad J, Mohammed MA, Izegboya A, Donald OO. Bullying, its effects on attitude towards class attendance and the contribution of physical and dentofacial features among adolescents in Northern Nigeria. Int J Adolesc Med Health. 2017; 31(2):1-8.
 69. Cecilio da Costa L., Mota S., Massao J., Chevitarese, L., Herdy da Silva L. Mesiodens: la influencia en la autoestima del niño. Reporte de caso. Revista De Odontopediatría Latinoamericana. 2021; 9(2):171-179.
 70. Abanto J., Pettorossi J., Guedes-Pinto A., Bönecker M. Anomalías dentarias de impacto estético en odontopediatría: Características y tratamiento. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22(3):171-178.
 71. González F, Alvarado R, Morales. Tipos de sedación utilizadas en Odontopediatría. Rev. de la Literatura. Odous Científica. 2017; 18(2): 60-73
 72. Sharma A, Singh VP. Supernumerary teeth in Indian children: a survey of 300 cases. Int J Dent. 2012; 1(1):1-5
 73. Kasimoglu Y, Koruyucu M, Seymen F. Characteristics of Non -Syndromic Supernumerary Teeth in (a Group of Turkish) Children. Int J Med Invest 2020; 9(1):50-29
 74. Shekhar MG. Characteristics of premaxillary supernumerary teeth in primary and mixed dentitions: a retrospective analysis of 212 cases. J Investig Clin Dent. 2012; 3(3):221-224.
 75. García T. Prevalencia de dientes supernumerarios y su relación con alteraciones dentales en una población Tabasqueña en el periodo 2011-2018. [Tesis Pregrado]. Tabasco, México: Escuela de Odontología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2019. 52 p.
 76. Hernández E, Silvera K. Prevalencia de dientes supernumerarios en radiografías panorámicas de un centro de radiodiagnóstico, Lima 2019 [Tesis de pregrado]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2021. 58 p.

77. Rayyanu Z. S, Muhammad H. B, Abdullahi N, Murtala M. Sex Difference in The Occurrence of Supernumerary Teeth Among People Living in Gombe State, Nigeria. *Clinical Reviews and Case Reports*. 2022; 1(1); 1-6.
78. Sánchez M, Vargas R. Prevalence and patterns of supernumerary teeth in a Peruvian nonsyndromic population: a radiographic study. *Int. J. Odontostomat*. 2022; 16(3):364-369.
79. Jiménez de Sanabria G, Medina A, Crespo O, Tovar R. Manejo clínico de dientes supernumerarios en pacientes pediátricos. 2012; 2(1):48-58.
80. Demiriz L, Durmuşlar M, Mısır A. (2015). Prevalence and characteristics of supernumerary teeth: A survey on 7348 people. *Journal of International Society of Preventive y Community Dentistry*. 2015; 5(1):539-543.
81. Gronbaek A, Petersen F, Haubek D, Poulsen S. Dentoalveolar oral surgery in children and adolescents: organization and surgical treatment in a large, Danish municipal dental service. *Acta Odontol Scand*. 2017; 75(8):603-607.
82. Capurro C, Martino AR, Chiappe GD, Merlino E, Laffi N. Oral surgery in paediatric dentistry: type of surgical treatment and age distribution in a Public Dental Service in Northern Italy. *Eur J Paediatr Dent*. 2020; 21(1):35-38.
83. Zapata M, Rosero K. Prevalencia y ubicación de dientes supernumerarios. *Dominio de las ciencias*. 2017; 3(1):389-399.
84. Rudie M, Milano M, Roberts M, Divaris K. Trends and Characteristics of Pediatric Dentistry Patients Treated under General Anesthesia. *The Journal of clinical pediatric dentistry*. 2018; 42(4):303-306.

VIII. TABLAS

TABLA 1: Prevalencia de DS en Niños y Adolescentes intervenidos quirúrgicamente según sexo.

POBLACIÓN TOTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE								
VARIABLES		TOTAL		NO PRESENTAN		PRESENTAN		p*
		n	%	n	%	n	%	
SEXO	Femenino	493	45.19	403	81.74	90	18.26	<0.001
	Masculino	598	54.81	405	67.73	193	32.27	
TOTAL NIÑOS Y ADOLESCENTES		1091	100.00	808	74.06	283	25.94	

*Prueba de Chi-cuadrado.

TABLA 2: Prevalencia de DS en niños y adolescentes intervenidos quirúrgicamente según grupo etáreo.

NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DS SEGÚN GRUPO ETÁREO									
VARIABLES		TOTAL		SEXO				p*	
		n	%	F		M			
		n	%	n	%	n	%		
EDAD	NIÑOS	0 a 2 años con 11 meses	0	0.00	0	0.00	0	0	<0.001
		3 a 6 años con 11 meses	43	15.19	15	34.88	28	65.12	
		7 a 10 años con 11 meses	177	62.54	54	30.51	123	69.49	
	ADOLESCENTES	11 a 14 años con 11 meses	59	20.85	19	32.20	40	67.80	
		15 a 17 años con 11 meses	4	1.41	2	50.00	2	50.00	
TOTAL NIÑOS Y ADOLESCENTES		283	100.00	90	31.80	193	68.20		

*Prueba de Chi-cuadrado.

TABLA 3: Prevalencia de DS en niños y adolescentes intervenidos quirúrgicamente según su erupción.

TOTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DS ERUPCIONADOS Y NO ERUPCIONADOS		
ERUPCIÓN DE DS	NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DS	
	n	%
Erupcionado	7	2.47
No erupcionado	258	91.17
Erupcionado y no erupcionado	18	6.36
TOTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	283	100.00

TABLA 4: Tipos de Conducta encontrados en niños y adolescentes para el tratamiento quirúrgico de DS según sexo.

VARIABLES		CONDUCTA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE PRESENTAN DS SEGÚN SEXO						p*
		TOTAL		CONDUCTA				
		n	%	NO RECEPTIVO		RECEPTIVO		
				n	%	n	%	
SEXO	Femenino	90	31.8	26	28.89	64	71.11	0.842*
	Masculino	193	68.2	58	30.05	135	69.95	
TOTAL NIÑOS Y ADOLESCENTES		283	100.00	84	29.68	199	70.32	

*Prueba de Chi-cuadrado.

TABLA 5: Tipos de Conducta encontrados en niños y adolescentes para el tratamiento quirúrgico de DS según grupo etáreo.

VARIABLES		CONDUCTA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE PRESENTAN DS SEGÚN GRUPO ETAREO														p**
		NO RECEPTIVO				TOTAL				RECEPTIVO				TOTAL		
		F		M		NO RECEPTIVOS		F		M		RECEPTIVOS		TOTAL		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
EDAD	NIÑOS	0 a 2 años con 11 meses	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
		3 a 6 años con 11 meses	7	30.43	16	69.57	23	53.49	8	40.00	12	60.00	20	46.51	43	15.19
		7 a 10 años con 11 meses	15	29.41	36	70.59	51	28.81	39	30.95	87	69.05	126	71.19	177	62.54
ADOLESCENTES		11 a 14 años con 11 meses	3	33.33	6	66.67	9	15.25	16	32.00	34	68.00	50	84.75	59	20.85
		15 a 17 años con 11 meses	1	100.00	0	0.00	1	25.00	1	33.33	2	66.67	3	75.00	4	1.41
TOTAL NIÑOS Y ADOLESCENTES		26	30.95	58	69.05	84	29.68	64	32.16	135	67.84	199	70.32	283	100.00	

**Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

TABLA 6: Prevalencia de DS en niños y adolescentes según su localización, número de intervenciones quirúrgicas y cantidad de DS.

LOCALIZACIÓN, CANTIDAD DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y DS																	
LOCALIZACIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS	CANT. DE NIÑOS Y ADOLES.		CANT. DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					CANT. DE DIENTES SUPERNUMERARIOS									
			TOTAL DE INTERVENCIONES		1	2	3	4 a +	1	2	3	4	5	6	TOTAL DE DS		
	n	%	n	%											n	%	
	0	NR	13	4.59	13				13	4.29	12		1				15
1	Zona Anterosuperior	233	82.33	231	2			235	77.56	196	33	3	1			275	77.90
2	Zona Anteroinferior	3	1.06	3				3	0.99	3						3	0.85
3	Premolar superior derecha	2	0.71	2				2	0.66	2						2	0.57
4	Premolar Superior Izquierda	3	1.06	3				3	0.99	3						3	0.85
5	Premolar Inferior derecha	7	2.47	7				7	2.31	7						7	1.98
6	Premolar inferior izquierda	3	1.06	3				3	0.99	2	1					4	1.13
7	Molar superior derecha	0	0.00	0				0	0.00							0	0.00
8	Molar superior Izquierda	1	0.35	1				1	0.33	1						1	0.28
9	Molar Inferior Derecha	1	0.35	1				1	0.33	1						1	0.28
10	Molar inferior izquierda	0	0.00					0	0.00							0	0.00
11	Zonas: 1 y 2	1	0.35		1			2	0.66		1					2	0.57
12	Zonas 1 y 6	2	0.71		2			4	1.32		2					4	1.13
13	Zonas 1 y 7	1	0.35	1				1	0.33		1					2	0.57
14	Zonas 3 y 4	5	1.77	2	2	1		9	2.97	1	2	2				11	3.12
15	Zonas 4 y 6	2	0.71	1	1			3	0.99		1		1			6	1.70
16	Zonas 5 y 6	2	0.71	1	1			3	0.99	1	1					3	0.85
17	Zonas 7 y 8	1	0.35	1				1	0.33		1					2	0.57
18	Zonas 1, 7 y 8	1	0.35			1		3	0.99			1				3	0.85
19	Zonas: 1, 9 y 8	1	0.35			1		3	0.99			1				3	0.85
20	Zonas: 1, 3, 5 y 6	1	0.35				1	6	1.98						1	6	1.70
TOTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES		283	n	270	9	3	1			229	43	8	2	0	1		
			%	95.41	3.18	1.06	0.35			80.92	15.19	2.83	0.71	0.00	0.35		
TOTAL DE INTERVENCIONES		303	n	270	18	9	6	303									
			%	89.11	5.94	2.97	1.98										
TOTAL DE DS		353	n							229	86	24	8	0	6	353	
			%							64.87	24.36	6.80	2.27	0.00	1.70		

TABLA 7: Técnicas farmacológicas utilizadas en niños y adolescentes No receptivos, para la intervención quirúrgica de DS, según grupo etáreo.

TECNICAS FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE DS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES NO RECEPTIVOS											
VARIABLES		TOTAL NO RECEPTIVOS		TÉCNICAS						p	
		n	%	ORAL		INHALATORIA		ANESTESIA GENERAL			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
SEXO	Femenino	26	28.89	13	50.00	0	0.00	13	50.00	0.891*	
	Masculino	58	30.05	32	55.17	0	0.00	26	44.83		
EDAD	NIÑOS	0 a 2 años con 11 meses	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	<0.001**
		3 a 6 años con 11 meses	23	53.49	14	60.87	0	0.00	9	39.13	
		7 a 10 años con 11 meses	51	28.81	30	58.82	0	0.00	21	41.18	
	ADOLESCENTES	11 a 14 años con 11 meses	9	15.25	1	11.11	0	0.00	8	88.89	
		15 a 17 años con 11 meses	1	25	0	0.00	0	0.00	1	100.00	
		84	29.68	45	53.57	0	0	39	46.43	0	

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

ANEXOS

ANEXO 01
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Determinar la prevalencia y manejo clínico farmacológico de pacientes niños y adolescentes para la intervención de dientes supernumerarios en el centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2001 - 2019.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES FINALES
Conducta del niño y adolescente durante la atención odontológica	Patrones de comportamiento de niños y adolescentes para realizar un adecuado tratamiento dental (65).	Patrones de comportamiento de niños y adolescentes para realizar un adecuado tratamiento dental	RQx del Cuaderno de Bitácora del Servicio de Odontopediatría	Cualitativa	Nominal	1 = Paciente Receptivo 2 = Paciente No Receptivo
Diente supernumerario (DS)	Exceso en el número normal de dientes que se presentan en ambas denticiones (1)	Es una alteración en el número total de piezas dentarias al momento de su desarrollo	RQx del Cuaderno de Bitácora del Servicio de Odontopediatría, Cuaderno de Control de SOP del Servicio de Cirugía Máxilo Facial	Cualitativa	Nominal	1 = No presenta 2 = Presenta
Manejo Clínico de la Conducta bajo Técnicas Farmacológicas	Manejo Clínico de la conducta bajo técnicas farmacológicas utilizadas en odontopediatría para el control del miedo, ansiedad y dolor; para realizar el trabajo odontológico requerido (71)	Técnicas farmacológicas utilizadas para el manejo clínico de conducta en Odontopediatría para realizar la intervención de DS.	RQx del Cuaderno de Bitácora del Servicio de Odontopediatría, Cuaderno de Control de SOP del Servicio de Cirugía Máxilo Facial	Cualitativa	Nominal	0 = Ninguna Técnica Farmacológica utilizada 1 = Sedación Consciente Vía Oral (midazolam) 2 = Sedación Consciente vía inhalatoria (óxido nitroso) 3 = Anestesia General
Sexo	Condición orgánica que diferencia a los varones de las mujeres	Es la Característica que diferencia al sexo masculino y femenino	RQx del Cuaderno de Bitácora del Servicio de Odontopediatría, Cuaderno de Control de SOP del Servicio de Cirugía Máxilo Facial	Cualitativa	Nominal	0 = No registrado en bitácora 1 = Femenino 2 = Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años y meses registrados durante la Anamnesis	RQx del Cuaderno de Bitácora del Serv. de Odontopediatría, Cuaderno de Control de SOP del Serv. de Cirugía Máxilo Facial	Cuantitativa	Ordinal	1 = De 0 a 2 años con 11 meses 2 = De 3 a 6 años con 11 meses 3 = De 7 a 10 años con 11 meses 4 = De 11 a 14 años con 11 meses 5 = De 15 a 17 años con 11 meses

Erupción del diente supernumerario	Es la ubicación de un objeto con respecto al nivel de la superficie oral	Es la ubicación del DS con respecto al nivel de la superficie oral	RQx del Cuaderno de Bitácora del Servicio de Odontopediatría	Cualitativa	Nominal	1 = Erupcionado 2 = No erupcionado 3 = Ambos
Cantidad de dientes supernumerarios	Signo o símbolo utilizado para designar cantidades o valores	Cantidad de DS identificados	RQx del Cuaderno de Bitácora del Servicio de Odontopediatría, Cuaderno de Control de SOP del Servicio de Cirugía Máxilo Facial	Cuantitativa	De Razón	1 = Un diente supernumerario 2 = Dos dientes supernumerarios 3 = Tres dientes supernumerarios 4 = Cuatro dientes supernumerarios 5 = Cinco dientes supernumerarios 6 = Seis dientes supernumerarios
Localización del diente supernumerario	La capacidad de determinar la ubicación específica que tiene un objeto específico en un espacio determinado	Ubicación del DS al momento de realizar el examen radiográfico	RQx del Cuaderno de Bitácora del Servicio de Odontopediatría	Cualitativa	Nominal	0 = No registrado 1 = Zona anterosuperior 2 = Zona anteroinferior 3 = Zona Premolar superior derecha 4 = Zona Premolar superior izquierda 5 = Zona premolar inferior derecha 6 = Zona premolar inferior izquierda 7 = Zona molar superior derecha 8 = Zona molar superior izquierda 9 = Zona Molar inferior derecha 10 = Zona Molar inferior izquierda 11 = Combinación 1 y 2 12 = Combinación 1 y 6 13 = Combinación 1 y 5 14 = Combinación 3 y 4 15 = Combinación 4 y 6 16 = Combinación 5 y 6 17 = Combinación 7 y 8 18 = Combinación 1, 7 y 8 19 = Combinación 1, 8 y 9 20 = Combinación 1, 3, 5, y 6.
Cantidad de Intervenciones Quirúrgicas	Número de intervenciones quirúrgicas recibidas por un paciente niño o adolescente.	Cantidad de Intervenciones quirúrgicas de DS	RQx del Cuaderno de Bitácora del Servicio de Odontopediatría, Cuaderno de Control de SOP del Servicio de Cirugía Máxilo Facial	Cuantitativa	De Razón	1 = 1 vez 2 = 2 veces 3 = 3 veces 4 = 4 veces

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (FRD)

AÑO DE REGISTRO:		CÓDIGO:	
SEXO:	No registrado	Femenino	Masculino
EDAD:		años	meses

DIENTE SUPERNUMERARIO (DS):	No Presenta		Presenta			
CONDUCTA	Receptivo			No Receptivo		
TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS:	No Registrado	Oral	Inhalatoria	Anest. Gral		
ERUPCIÓN DEL DS:	Erupcionado		No erupcionado		Ambos	
CANTIDAD DE DS:	1	2	3	4	5	6

LOCALIZACIÓN DEL DS:	
1. Zona anterosuperior	2. Zona anteroinferior
3. Premolar superior derecha	4. Premolar superior izquierda
5. Premolar inferior derecha	6. Premolar inferior izquierda
7. Molar superior derecha	8. Molar superior Izquierda
9. Molar inferior derecha	10. Molar inferior izquierda
11. Combinación 1 y 2	12. Combinación 1 y 6
13. Combinación 1 y 5	14. Combinación 3 y 4
15. Combinación 4 y 6	16. Combinación 5 y 6
17. Combinación 7 y 8	18. Combinación 1, 7 y 8
19. Combinación 1, 8 y 9	20. Combinación 1, 3, 5 y 6

CANTIDAD DE INTERVENCIONES:	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces
ASOCIACIONES ADICIONALES:				
Ninguna		Patología (Odontoma/Quiste de erupción)		
Exodoncia (Simple, incluida, retenida, compleja, anquilosada)		Intervención (Operculectomía, pegado de botón ortodóntico, frenectomía labial/lingual)		

ANEXO 03

APORTE DE LA INVESTIGACIÓN

**FICHA PARA IDENTIFICACIÓN DE ANOMALIAS DENTALES
DIENTES SUPERNUMERARIOS (Según C y C – 2024-v1)**

Historia Clínica:	Fecha de Registro:
Apellidos y Nombres:	
Sexo:	Edad: años meses
Dirección:	Teléfono:

CONDUCTA:	Definitivamente Positivo	Positivo	Negativo	Definitivamente Negativo
EVALUACIÓN DE LA ESPECIALIDAD				
ODP	Ortodoncia	Cirugía	Radiología	
DECISIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		Si	No	
Por qué / Sugerencia:				

ERUPCIÓN DEL DS:	Erupcionado	No Erupcionado	Ambos	
CANTIDAD DE DS:				
LOCALIZACIÓN DEL DS:				
1. Zona anterosuperior	2. Zona anteroinferior	3. Premolar superior derecha		
4. Premolar superior izquierda	5. Premolar inferior derecha	6. Premolar inferior izquierda		
7. Molar superior derecha	8. Molar superior Izquierda	9. Molar inferior derecha		
10. Molar inferior Izquierda	11. Combinación:			
FORMA DE DS:	Suplementario		Rudimentario	
INCLINACIÓN:	Vertical	Horizontal	Invertido	Inclinado

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA CONDUCTA:				
Ninguna	Oral	Inhalatoria	Oral	Anest. Gral
CANTIDAD DE INTERVENCIONES:	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces a más

ASOCIACIONES ADICIONALES:	
Patología (Odontoma/Quiste de erupción)	
Exodoncia (Simple, incluida, retenida, compleja, anquilosada)	
Intervención (Operculectomía, pegado de botón ortodóntico, frenectomía labial/lingual)	
Uso de Obturador	

