Integrative Health and Sciences. 2026; 3(2):101
doi: 10.63688/ihs.v3.i2.101

REVISIÓN

Incidental finding of erupted distomolars with bilateral maxillomandibular localization: report of an unusual clinical case of nonsyndromic hyperdontia

Hallazgo incidental de distomolares erupcionados con localización bilateral maxilomandibular: reporte de un caso clínico inusual de hiperdoncia no sindrómica

Ruth Shirley Lavadenz Pérez[1]
William José Arrazola Pozo[1]
Verónica Quiñones-Lazcano[1]

[1] Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Odontología. La Paz, Bolivia.

Recibido: 04-07-2026 | Revisado: 10-07-2026 | Aceptado: 25-09-2026 | Publicado: 27-09-2026

Autor de correspondencia: Ruth Shirley Lavadenz Pérez

ABSTRACT

Introduction: Hyperdontia is a numerical developmental anomaly of the dentition with a multifactorial etiology. Distomolars, or fourth molars, have a low prevalence, and their bilateral and bimaxillary occurrence in nonsyndromic patients represents an uncommon clinical finding. Objective: To characterize the incidental finding of erupted distomolars using a diagnostic protocol based on advanced imaging and 3D biomodeling to guide therapeutic planning. Case presentation: A 42-year-old systemically healthy male attended the Diagnostic and Admission Clinic of the Faculty of Dentistry at Universidad Mayor de San Andrés for a general dental evaluation, reporting food impaction in the left posterior mandibular region. Clinical examination identified dysmorphic and rudimentary supernumerary teeth located distal to teeth 1.8 and 3.8. Cone-beam computed tomography (CBCT) and three-dimensional biomodels produced with Elegoo Standard White resin made it possible to rule out dental fusion and analyze their spatial relationship with the third molars in greater anatomical detail. Conclusions: Erupted distomolars located in both the maxilla and mandible in nonsyndromic patients are uncommon. CBCT allowed precise assessment of their morphology, position, relationship with the third molars, and possible associated root alterations. Three-dimensional biomodeling complemented the diagnosis by providing a clear spatial representation of the structures involved and supporting interpretation of the case. The integration of clinical examination, CBCT, and 3D biomodeling enabled an accurate diagnosis and supported an individualized therapeutic approach consistent with the anatomical findings observed.

Keywords: Supernumerary teeth, Maxilla, Mandible, Cone beam computed tomography (CBCT).

RESUMEN

Introducción: La hiperdoncia es una anomalía numérica del desarrollo dental de etiología multifactorial. Los distomolares o cuartos molares presentan baja prevalencia, y su aparición bilateral y bimaxilar en pacientes no sindrómicos constituye un hallazgo clínico poco habitual. Objetivo: Caracterizar el hallazgo incidental de distomolares erupcionados mediante un protocolo diagnóstico basado en imagenología avanzada y biomodelado 3D para orientar la planificación terapéutica. Presentación del caso: Paciente masculino de 42 años, sistémicamente sano, acudió a la Clínica de Diagnóstico y Admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andrés para valoración odontológica general, refiriendo empaquetamiento de alimentos en el sector posteroinferior izquierdo. La exploración clínica identificó piezas supernumerarias dismórficas y rudimentarias, ubicadas distalmente a las piezas 1.8 y 3.8. La tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) y los biomodelos tridimensionales elaborados con resina Elegoo Standard White permitieron descartar fusión dentaria y analizar su relación espacial con los terceros molares. Conclusiones: Los distomolares erupcionados con localización maxilar y mandibular en pacientes no sindrómicos son infrecuentes. La CBCT permitió precisar su morfología, posición, relación con los terceros molares y posibles alteraciones radiculares asociadas. El biomodelado 3D complementó el diagnóstico al ofrecer una representación espacial de las estructuras involucradas. La integración del examen clínico, la CBCT y el biomodelado permitió establecer un diagnóstico preciso y proponer una conducta terapéutica individualizada acorde con los hallazgos anatómicos.

Palabras clave: Dientes supernumerarios, Maxilar superior, Mandíbula, Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT).

© 2026, Los autores. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY 4.0).

INTRODUCCION

Los dientes supernumerarios se caracterizan por un aumento en el número de elementos dentarios respecto al número normal de dientes. Esta condición se conoce como hiperdoncia[1], también denominada hipergenesia[2].

Se han propuesto diferentes teorías para explicar el origen de los dientes supernumerarios; sin embargo, su etiología exacta aún no ha sido completamente establecida. Entre las hipótesis más aceptadas se encuentra la teoría filogenética o del atavismo, según la cual esta condición representaría una regresión hacia patrones dentarios ancestrales caracterizados por un mayor número de dientes (2, 3).

También se ha propuesto la teoría dicotómica, según la cual un diente supernumerario se originaría por la división del germen dentario. Otra hipótesis ampliamente aceptada es la hiperactividad de la lámina dental, estructura odontogénica que podría generar brotes dentarios adicionales y dar lugar a dos dientes de tamaño similar o a un diente normal acompañado de otro dismórfico. También, se ha planteado la participación de factores genéticos y hereditarios[3], así como de traumatismos o lesiones locales, como posibles elementos asociados al desarrollo de esta condición[4].

Según la literatura, los dientes supernumerarios son poco frecuentes en la región del tercer molar y presentan mayor predilección por el maxilar superior[5]. Pueden observarse tanto en adultos con dentición permanente como en niños con dentición primaria, con mayor frecuencia en hombres que en mujeres[6]. Se ha informado que aproximadamente el 25 % de los dientes supernumerarios erupcionan, mientras que el 75 % permanecen impactados[2].

Los dientes supernumerarios se clasifican, según su localización en las arcadas dentarias, en mesiodens, paramolares, distomolares y parapremolares y, según su morfología, en rudimentarios y suplementarios[7].

Las regiones más frecuentes de localización de los dientes supernumerarios incluyen, en primer lugar, la zona de los incisivos superiores, seguida por los molares superiores e inferiores, los premolares y, con menor frecuencia, los caninos y los incisivos laterales[4].

Los dientes supernumerarios localizados en la región anterior del maxilar se denominan mesiodens (7) y representan aproximadamente el 80 % de los casos. Los molares supernumerarios se clasifican principalmente en distomolares y paramolares (8). Estas alteraciones suelen presentarse de manera individual y rara vez se observan de forma bilateral (9).

El paramolar es un diente supernumerario posterior que puede localizarse por vestibular, lingual o palatino, o bien en el espacio interproximal entre dos molares. Su presencia suele hacerse evidente mediante estudios radiográficos. En cambio, el distomolar se localiza distal o distolingualmente al tercer molar, por lo que también se denomina cuarto molar. Habitualmente es unilateral, de morfología cónica, rudimentaria o dismórfica y de menor tamaño que el tercer molar[9]. Su morfología puede variar desde una corona bien desarrollada, asociada a una raíz única, hasta configuraciones diferentes de la anatomía dental convencional[10].

La hiperdoncia también ha sido descrita en asociación con diversos síndromes y alteraciones del desarrollo, entre ellos labio y paladar hendido, displasia cleidocraneal, síndrome de Ehlers-Danlos tipo III, síndrome de Goldenhar, síndrome de Hallermann, síndrome de Fabry-Anderson, síndrome de Ellis-van Creveld, síndrome de Streiff, síndrome orofaciodigital tipo I, incontinencia pigmentaria, síndrome de Marfan, síndrome de Nance-Horan y síndrome tricorrinofalángico[11, 12].

Entre los principales diagnósticos diferenciales se encuentran:

- Fusión dentaria: Puede observarse en dientes posteriores asociados a supernumerarios y corresponde a una anomalía del desarrollo producida por la unión de dos gérmenes dentarios, posiblemente relacionada con factores físicos, hereditarios o raciales[13].
- Concrescencia: Consiste en la unión de dos dientes exclusivamente mediante cemento radicular. Se observa con mayor frecuencia en dientes posteriores y su etiología exacta no está completamente establecida. Entre los factores relacionados se han propuesto el traumatismo, la infección local, la restricción de espacio durante el desarrollo, los cambios masticatorios posteriores a pérdidas dentarias y la pérdida interdental ósea[14].

METODOLOGIA

Paciente masculino de 42 años, natural y residente de la ciudad de Oruro, Bolivia, de profesión soldador industrial, acudió a la Consulta Externa de la Clínica de Diagnóstico y Admisión (turno tarde) de la Cátedra de Semiología Estomatológica (Paralelo B) de la Facultad de Odontología de

la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), La Paz, Bolivia. El paciente solicitó una evaluación odontológica integral y manifestó como motivo de consulta principal una "molestia permanente por empaquetamiento de restos alimenticios en la región posterior izquierda de la mandíbula". Al interrogatorio, no refirió dolor espontáneo o provocado, neuralgia ni antecedentes de episodios infecciosos agudos en la zona.

Como primera aproximación diagnóstica se obtuvieron radiografías periapicales estandarizadas mediante la técnica del paralelismo.

Ante las limitaciones de la evaluación bidimensional para descartar anomalías de unión dentaria, como fusión o concrescencia, y para definir con precisión la topografía radicular, se indicó un estudio mediante tomografía computarizada de haz cónico (CBCT).

El estudio volumétrico tridimensional se realizó con un tomógrafo Instrumentarium Dental OP300 (Tuusula, Finlandia). Los parámetros de adquisición fueron de 89 kVp y 10 mA, con un tamaño de voxel isotrópico de 0,125 mm y un campo de visión (Field of View, FOV) optimizado para abarcar ambos arcos dentarios. Las imágenes en formato DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) fueron procesadas y analizadas mediante el software de reconstrucción multiplanar OnDemand3D™.

Para complementar el análisis tridimensional y facilitar la comprensión de la relación anatómica entre los distomolares y los terceros molares, se elaboraron biomodelos anatómicos 3D a escala 1:1 a partir de los datos obtenidos mediante tomografía computarizada de haz cónico (CBCT).

El flujo de trabajo digital de los biomodelos se inició con la adquisición y exportación de los datos volumétricos en formato DICOM. La segmentación y generación del modelo tridimensional se realizaron mediante el software OnDemand3D™, a partir del cual se obtuvo el archivo en formato STL (Standard Tessellation Language). Posteriormente, el archivo STL fue procesado en Autodesk Meshmixer®, donde se efectuaron el recorte del área de interés, la limpieza y optimización de la malla tridimensional, el suavizado de superficies, el cierre de discontinuidades y la corrección de geometrías non-manifold.

Para el laminado digital (slicing), el archivo STL procesado fue importado al software CHITUBOX Basic, utilizado para configurar los parámetros de impresión. El biomodelo se orientó aproximadamente a 45° respecto de la plataforma de impresión y se configuraron soportes de densidad media, con puntos de contacto de 0,4 mm ubicados en zonas que no comprometieran las estructuras anatómicas de interés. La altura de capa se estableció en 50 µm (0,05 mm), con un tiempo de exposición de 2,5 segundos por capa y 35 segundos para las capas iniciales de adherencia.

El archivo laminado fue transferido a una impresora 3D Elegoo Mars 5, empleando resina fotopolimerizable Elegoo Standard White. La impresión se realizó mediante fotopolimerización por luz UV y tuvo una duración aproximada de 2 horas y 15 minutos.

Finalizada la impresión, el biomodelo fue lavado en alcohol isopropílico (IPA) al 99 % durante 20 minutos para eliminar los residuos de resina no polimerizada. Posteriormente, se dejó secar durante aproximadamente 15 minutos y se sometió a poscurado en una cámara UV Elegoo Mercury, a una longitud de onda de 405 nm, durante 10 minutos. Finalmente, se retiraron los soportes y se realizó el acabado localizado de sus puntos de inserción mediante instrumental rotatorio fino.

RESULTADOS

En la anamnesis sistémica, el paciente no reportó enfermedades metabólicas, cardiovasculares, endocrinas ni trastornos genéticos o sindrómicos asociados a hiperdoncia múltiple. Como único antecedente quirúrgico de relevancia, refirió una colecistectomía laparoscópica realizada 6 años antes, sin complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias. Negó encontrarse bajo tratamiento farmacológico y no refirió alergias conocidas a medicamentos, anestésicos locales o antisépticos de uso odontológico.

En el examen físico extraoral se observó facies simétrica y mesofacial, sin linfoadenopatías palpables ni alteraciones en los movimientos de la articulación temporomandibular (ATM). En la exploración intraoral, la mucosa yugal, el paladar duro y blando, el piso de la boca, los labios y la orofaringe se encontraban clínicamente sanos, de coloración rosada, consistencia firme y sin evidencia de lesiones. Se observó higiene bucal deficiente, con acumulación generalizada de placa bacteriana, cálculo supra y subgingival e inflamación gingival marginal leve.

En la inspección clínica de los arcos dentarios se constató una dentición permanente incompleta por exodoncias previas no rehabilitadas, múltiples lesiones cariosas y restauraciones

de amalgama y resina defectuosas o desadaptadas. El paciente refirió no haber realizado controles odontológicos regulares en el pasado.

En el examen detallado de las regiones retromolares se identificó, en el cuadrante I, inmediatamente distal a la pieza 1.8, una pieza dentaria supernumeraria erupcionada, microdóntica, de morfología rudimentaria y cónica, localizada hacia la vertiente vestibular respecto al eje longitudinal del tercer molar. En el cuadrante III, distal a la pieza 3.8, se observó un segundo diente supernumerario erupcionado, igualmente microdóntico y rudimentario, ubicado hacia la vertiente lingual de la arcada.

Ambos distomolares se encontraban completamente erupcionados, con integridad coronal conservada, aunque constituían nichos de retención de placa que favorecían el empaquetamiento de alimentos.

En la región maxilar derecha se observó la corona del distomolar adyacente a la cara distal de la pieza 1.8; sin embargo, la superposición del proceso cigomático del maxilar, la pared posterior del seno maxilar y la tuberosidad dificultaron la delimitación del espacio del ligamento periodontal, la anatomía radicular y el ápice del diente supernumerario.

En la región mandibular izquierda se observó el distomolar distal a la pieza 3.8. En este sector, la superposición de la línea oblicua externa de la mandíbula y la elevada densidad cortical dificultaron la valoración de la configuración radicular y su relación con el conducto del nervio dentario inferior.

La reconstrucción panorámica permitió confirmar la presencia de dos distomolares mesioangulados en arcos opuestos, estableciendo una condición de hiperdoncia bilateral asimétrica asociada a las piezas 1.8 y 3.8. No se identificaron otros gérmenes dentarios supernumerarios retenidos en el resto del complejo maxilofacial.

En el análisis del distomolar maxilar asociado a la pieza 1.8, el corte axial mostró la corona y la raíz localizadas en posición distovestibular respecto al tercer molar. Se observó un espacio periodontal continuo de aproximadamente 0,4 mm, sin evidencia de unión cementaria o concrescencia. En el corte sagital se identificó formación radicular completa, con una raíz única de paredes relativamente rectilíneas. El ápice radicular se encontraba aproximadamente a 2,8 mm del piso del seno maxilar. El corte coronal permitió valorar la cortical vestibular que recubría la raíz del distomolar.

En el análisis del distomolar mandibular asociado a la pieza 3.8, el corte axial mostró su localización distolingual. La tabla ósea lingual se observó fenestrada en el tercio coronal, con estrecha proximidad de la corona a los tejidos blandos del piso de la boca. En el corte sagital se evidenció formación radicular completa y una marcada dilaceración apical en bayoneta, con doble curvatura en sentido vestíbulolingual y distomesial. El corte coronal permitió observar la desalineación transversal del eje del distomolar respecto al cuerpo mandibular y confirmó su independencia anatómica respecto a la pieza 3.8.

El biomodelo obtenido permitió representar tridimensionalmente la anatomía dentoalveolar y la relación espacial de los distomolares con los terceros molares, complementando la interpretación de la CBCT, la planificación terapéutica y la explicación del caso al paciente.

Con base en la integración de los hallazgos clínicos, el examen radiográfico periapical, la interpretación volumétrica mediante CBCT y el biomodelado 3D, se estableció el diagnóstico de hiperdoncia múltiple bilateral asimétrica, caracterizada por la presencia de distomolares erupcionados de tipo rudimentario y microdóntico, localizados en el cuadrante I, distovestibularmente a la pieza 1.8, y en el cuadrante III, distolingualmente a la pieza 3.8.

Como hallazgos adicionales se identificaron una marcada dilaceración radicular apical del distomolar mandibular, lesiones cariosas, restauraciones defectuosas en múltiples piezas dentarias y gingivitis marginal inducida por placa bacteriana.

El pronóstico terapéutico de los distomolares se consideró desfavorable debido a su ausencia de función masticatoria, su papel como nichos de retención de placa y empaquetamiento de alimentos y el riesgo potencial de compromiso de las estructuras dentarias adyacentes.

El pronóstico de los terceros molares adyacentes, piezas 1.8 y 3.8, se consideró favorable, ya que no presentaban signos de reabsorción radicular externa ni pérdida significativa del soporte óseo interproximal.

El pronóstico de la salud pulpar y periodontal general se consideró favorable, condicionado al control de placa bacteriana, detartraje, profilaxis, restauración de lesiones cariosas y educación en salud oral.

El diseño del plan de tratamiento se estructuró de manera interdisciplinaria, considerando la eliminación de factores etiológicos, la preservación de estructuras anatómicas nobles y la restauración funcional y estética de la cavidad oral.

Para ello, se propuso un abordaje inicial mediante detartraje ultrasónico, profilaxis profesional, instrucción en higiene oral y control de placa bacteriana. En relación con la hiperdoncia, se planteó como conducta terapéutica la exodoncia simple del distomolar maxilar asociado a la pieza 1.8 y la exodoncia quirúrgica del distomolar mandibular asociado a la pieza 3.8, considerando la dilaceración apical observada. Asimismo, se recomendó la remoción de lesiones cariosas, el recambio de restauraciones defectuosas y la posterior planificación protésica de las ausencias dentarias.

Aunque los distomolares se encontraban erupcionados y asintomáticos desde el punto de vista algésico, la propuesta de exodoncia se sustentó en criterios preventivos relacionados con el riesgo de enfermedad periodontal, debido al empaquetamiento recurrente de alimentos referido por el paciente en la región de la pieza 3.8, condición que favorecía la retención de placa y podía comprometer los tejidos periodontales de la cara distal del tercer molar. Asimismo, la dificultad para realizar una adecuada higiene en la interfaz distomolar-tercer molar constituía un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones cariosas. En el caso del distomolar mandibular, también se consideró su proximidad al nervio dentario inferior, por lo que se planteó su remoción como una alternativa terapéutica preventiva. No obstante, el procedimiento quirúrgico no fue realizado en la institución.

Al finalizar la valoración del caso, la residencia habitual del paciente en la ciudad de Oruro y la necesidad de realizar controles posteriores condicionaron la ejecución del plan quirúrgico en la institución. El paciente se encontraba temporalmente en la ciudad de La Paz por motivos laborales, lo que dificultaba garantizar un seguimiento clínico adecuado.

Debido a que la atención en la Clínica de Diagnóstico y Admisión de la Cátedra de Semiología Estomatológica de la UMSA se circunscribió a la fase diagnóstica, que comprendió los estudios imagenológicos, el biomodelado 3D y la planificación terapéutica, se consideró necesario garantizar un adecuado seguimiento postoperatorio. La eventual exodoncia quirúrgica requería controles posteriores para valorar la cicatrización y detectar oportunamente posibles complicaciones.

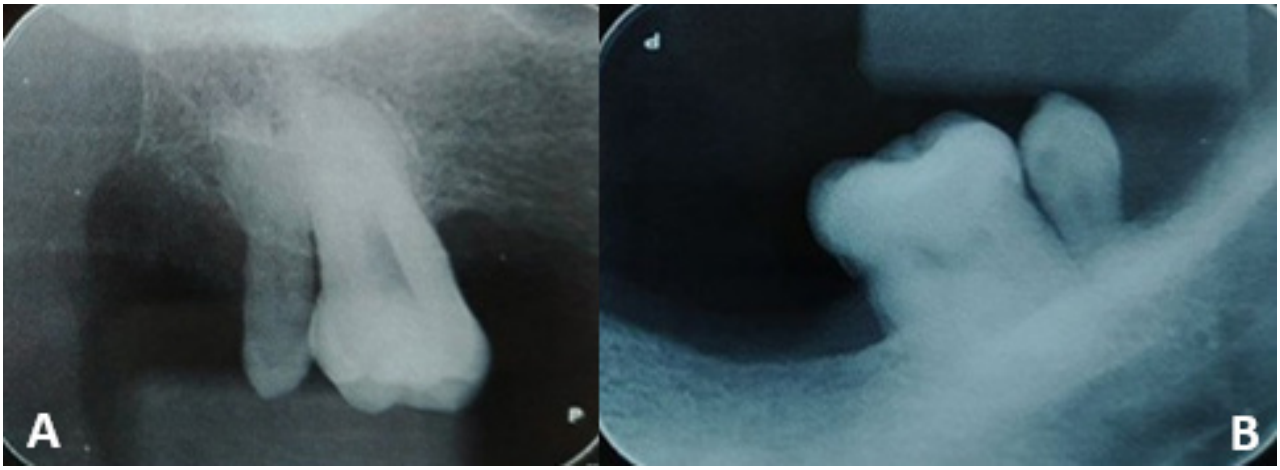
Por este motivo, se realizó una sesión de asesoramiento utilizando el biomodelo 3D como recurso educativo. Se explicó al paciente su condición anatómica, la presencia de la dilaceración radicular y las alternativas terapéuticas propuestas. El paciente recibió un informe clínico-imagenológico, el archivo DICOM y el biomodelo 3D físico, y fue derivado a un centro especializado en cirugía bucomaxilofacial de la ciudad de Oruro para valoración, eventual tratamiento y seguimiento en su lugar de residencia habitual.

Figura 1. Imágenes clínicas intraorales



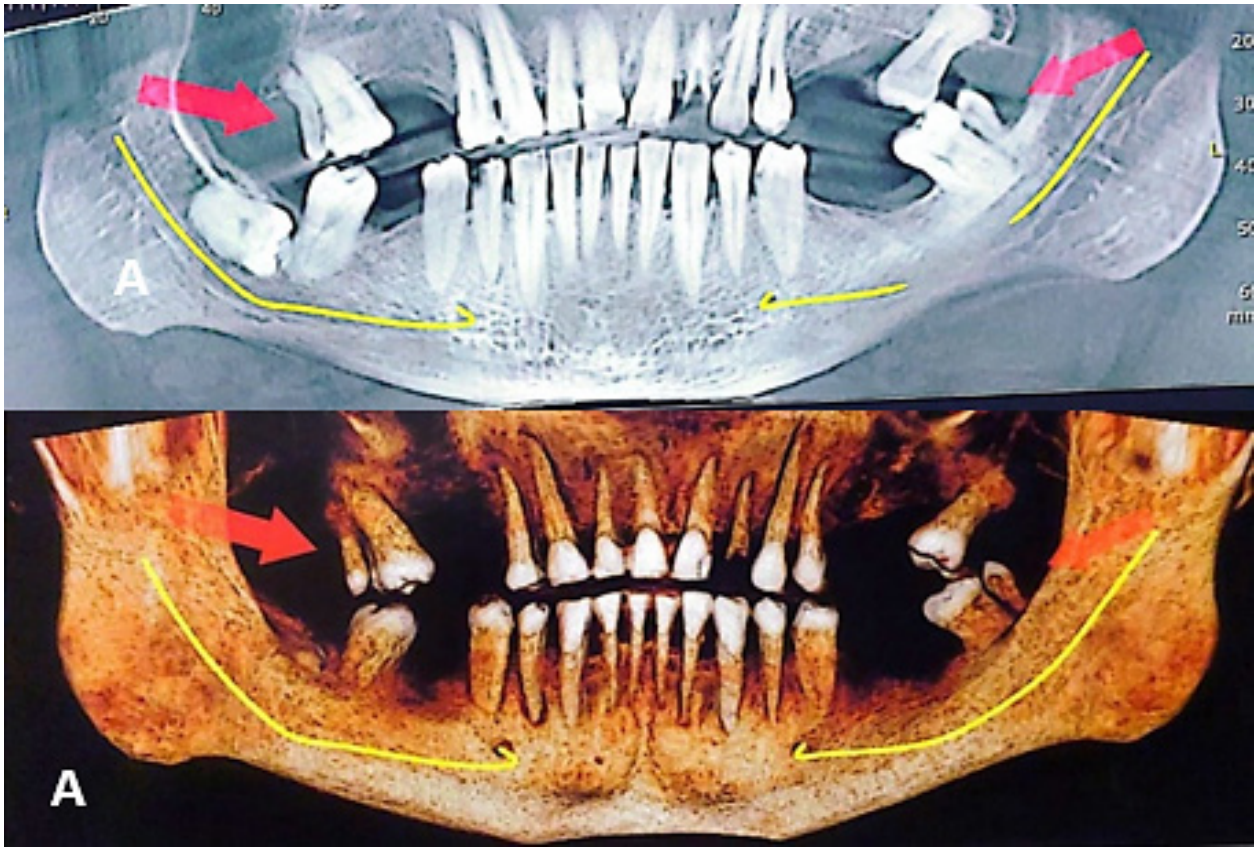
A) Distomolar erupcionado, dismórfico y rudimentario, localizado distalmente a la pieza 1.8.
B) Distomolar erupcionado, dismórfico y rudimentario, localizado distalmente a la pieza 3.8.

Figura 2. Radiografías periapicales



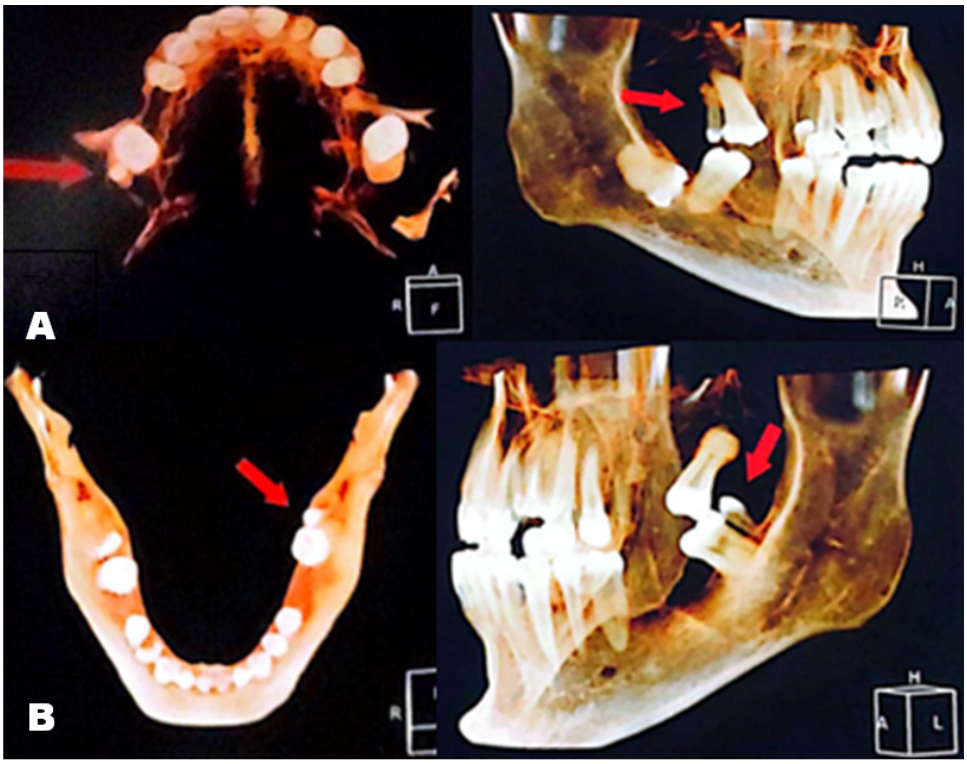
A) Distomolar microdóntico y rudimentario, adyacente a la pieza 1.8.
B) Distomolar microdóntico y rudimentario, adyacente a la pieza 3.8.

Figura 3. Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT): reconstrucción panorámica



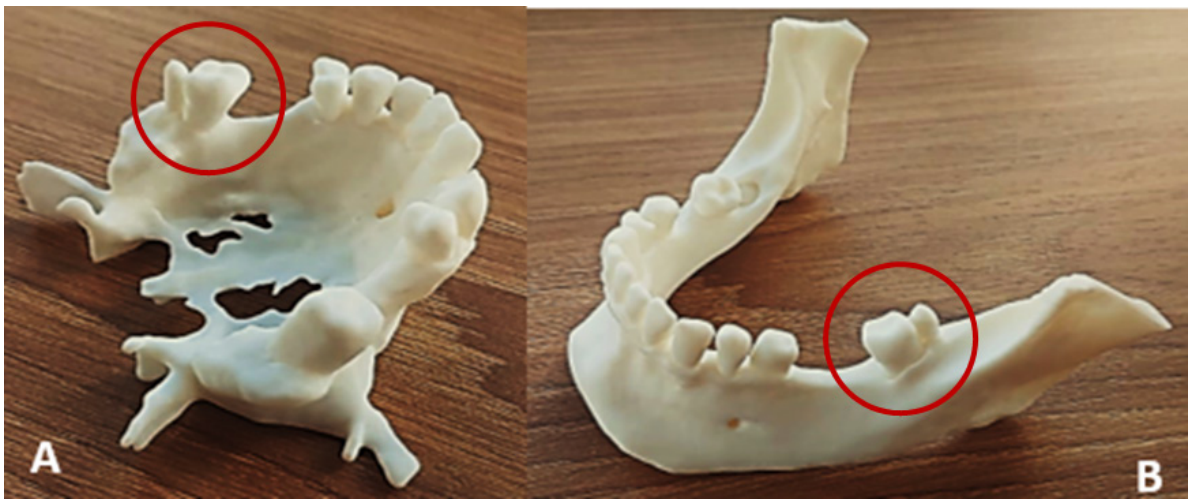
Se observan distomolares mesioangulados asociados a las piezas 1.8 y 3.8, señalados mediante flechas rojas.

Figura 4. Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT): valoración tridimensional del maxilar y la mandíbula



A) Distomolar localizado distal y vestibularmente a la pieza 1.8, observado en cortes axial y sagital.
B) Distomolar localizado distal y lingualmente a la pieza 3.8, observado en cortes axial y sagital.

Figura 5. Biomodelos tridimensionales



A) Región posterior del maxilar superior con distomolar localizado distalmente a la pieza 1.8, señalado mediante círculo rojo.
B) Región posterior de la mandíbula con distomolar localizado distalmente a la pieza 3.8, señalado mediante círculo rojo.

DISCUSION

El presente caso clínico y el reportado por Rajaram Mohan et al. coinciden en la utilidad de la tomografía computarizada de haz cónico para caracterizar la morfología de los distomolares y valorar posibles fenómenos de fusión dentaria[15]. Sin embargo, existen diferencias importantes entre

ambos reportes: mientras el presente caso describe distomolares rudimentarios, erupcionados e independientes en un varón de 42 años con localización maxilomandibular, Rajaram Mohan et al. documentaron un diente doble molariforme impactado en una paciente femenina de 27 años. No obstante, ambos reportes coinciden en considerar el empaquetamiento alimenticio y la caries dental como factores clínicos que pueden justificar la propuesta de tratamiento quirúrgico de estos cuartos molares.

En concordancia con los hallazgos del presente caso, Zhang et al.16y Kose et al.17señalan una baja prevalencia de distomolares y una mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino. A diferencia del patrón epidemiológico descrito por Kose et al., quienes reportaron una mayor frecuencia de distomolares en el maxilar (62,16 %), el presente caso muestra una presencia bilateral maxilomandibular erupcionada. Asimismo, estos estudios resaltan la utilidad diagnóstica de la tomografía computarizada de haz cónico para valorar la relación anatómica de los dientes supernumerarios y reducir el riesgo de complicaciones periodontales y oclusales.

El presente reporte también coincide con la serie de Ikeda et al.18al describir hiperdoncia posterior bilateral erupcionada en pacientes masculinos no sindrómicos y resaltar la utilidad de la tomografía computarizada de haz cónico para evaluar anatomías radiculares complejas. A diferencia de Ikeda et al.18, quienes documentaron una asociación maxilar de distomolar y paramolar con una secuencia molar atávica, el presente caso refiere distomolares rudimentarios localizados en arcos maxilar y mandibular. No obstante, ambos reportes consideran la exodoncia como una alternativa terapéutica ante el riesgo de caries y compromiso periodontal asociado al empaquetamiento de alimentos.

El presente reporte guarda similitudes con el estudio de Shi et al.19, en el que los distomolares erupcionados fueron descritos en pacientes masculinos de la cuarta década de la vida, asociados a empaquetamiento alimenticio y evaluados mediante tomografía computarizada de haz cónico. Sin embargo, Shi et al. documentaron una mayor complejidad anatómica al identificar un quinto molar impactado adicional a los cuartos molares maxilares simétricos. En contraposición, el presente caso muestra una distribución maxilomandibular asimétrica, con distomolares asociados a las piezas 1.8 y 3.8. Ambos reportes coinciden en considerar la exodoncia como una alternativa terapéutica ante el riesgo de compromiso periodontal y caries dental. En el presente caso, esta conducta fue recomendada, pero no llegó a realizarse.

Finalmente, el presente caso y el reportado por Husain et al.20coinciden en la utilidad de la tomografía computarizada de haz cónico para la valoración anatómica y la planificación terapéutica de distomolares en pacientes no sindrómicos. Husain et al. documentaron una compleja disposición de cuartos y quintos molares maxilares con fusión dentaria en una paciente femenina, mientras que el presente caso corresponde a distomolares erupcionados e independientes, con distribución maxilomandibular en un paciente masculino. Ambos trabajos coinciden en plantear la exodoncia como una posible conducta terapéutica ante complicaciones como la sensación de presión regional o el empaquetamiento recurrente de alimentos. En el presente caso, la exodoncia fue propuesta como conducta terapéutica; sin embargo, el procedimiento no llegó a realizarse.

CONCLUSION

La presencia de distomolares erupcionados con localización maxilar y mandibular en un paciente no sindrómico constituye un hallazgo clínico poco frecuente. Aunque su identificación inicial puede realizarse mediante el examen clínico y radiográfico convencional, la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) permitió caracterizar con mayor precisión su morfología, posición y relación con los terceros molares, así como descartar fenómenos de fusión dentaria y valorar alteraciones radiculares y anatómicas asociadas.

El biomodelado tridimensional complementó la información obtenida mediante CBCT al proporcionar una representación espacial de las estructuras involucradas, facilitando la comprensión del caso y la planificación del tratamiento propuesto. La integración de la evaluación clínica, la CBCT y el biomodelado 3D permitió establecer un diagnóstico preciso y plantear una conducta terapéutica individualizada, sustentada en las características anatómicas observadas.

Este caso evidencia el valor del biomodelado 3D como herramienta complementaria a la CBCT para representar de forma tangible relaciones anatómicas complejas, apoyar la explicación al paciente y orientar la planificación de una posible intervención quirúrgica en casos de distomolares con características anatómicas poco habituales.

Referencias

1. Jahanimoghadam F, Mohammadi F, Aftabi R. Non-syndromic supernumerary fourth molar: a report of two cases and review of literature. J Oral Health Oral Epidemiol. 2024;13(2):78-84. https://doi.org/10.34172/johoe.2303.1545
2. Estévez Salazar AB. Hallazgo radiográfico de cuarto molar o distomolar supernumerario fusionado a tercer molar superior: reporte de caso [trabajo de titulación]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2020. Disponible en: http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/11780
3. Li X, Gong X, Yu M, Gao X. Clinical features of non-syndromic late developing supernumerary teeth: a sign of the third dentition? BMC Oral Health. 2024;24:397. https://doi.org/10.1186/s12903-024-04155-3
4. Santo MS do Espírito. Dentes supranumerários na região de terceiros molares: uma revisão de literatura [trabajo de conclusión de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2023. Disponible en: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/252021
5. Nagaveni NB, Umashankar KV. Report of a rare odonto-stomatologic anomaly: maxillary paramolar. Series Clin Med Case Rep Rev. 2024;1(6):1-3. https://doi.org/10.54178/2993-3579.v1i6a2021
6. Lao A, Bi S, Cheng H, Lai T, Huang S, Zhao S. A combination of kissing molars, maxillary bilateral supernumerary teeth and macrodontia: a rare case report. BMC Oral Health. 2020;20:112. https://doi.org/10.1186/s12903-020-01092-9
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2024.
8. Woo SB. Oral pathology: a comprehensive atlas and text. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.
9. Khan TT, Erkin M, Ghaus S, Pasha M, Shahnawaz S. Combination of bilateral paramolar and distomolar supernumerary teeth in the maxillary arch: a rare case report. Merit Res J Med Med Sci. 2022;10(6):168-176. https://doi.org/10.5281/zenodo.6712359
10. Ozkan A, Dag H, Altug HA, Sencimen M. Bilateral double maxillary paramolars: a rare case report. J Clin Diagn Res. 2017;11(8):ZD04-ZD05. https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/27393.10484
11. Mahto RK, Dixit S, Kafle D, Agarwal A, Bornstein MM, Dulal S. Nonsyndromic bilateral posterior maxillary supernumerary teeth: a report of two cases and review. Case Rep Dent. 2018;2018:5014179. https://doi.org/10.1155/2018/5014179
12. Tominaga K, Sasaki R, Okamoto T. Four erupted supernumerary teeth around the maxillary second molar. BMJ Case Rep. 2021;14(5):e241213. https://doi.org/10.1136/bcr-2020-241213
13. Odell EW. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine. 10th ed. Edinburgh: Elsevier; 2024.
14. Sivapathasundharam B. Shafer's textbook of oral pathology. 10th ed. New Delhi: Elsevier; 2024.
15. Rajaram Mohan K, Pethagounder Thangavelu R, Fenn SM. Impacted molariform distomolar double tooth: a case report. Cureus. 2022;14(4):e23780. https://doi.org/10.7759/cureus.23780
16. Zhang H, Gong X, Xu X, Wang X, Sun Y. Tooth number abnormality: from bench to bedside. Int J Oral Sci. 2023;15:5. https://doi.org/10.1038/s41368-022-00208-x
17. Kose MN, Ararat E. Prevalence and clinical significance of distomolar and paramolar teeth. BMC Oral Health. 2026;26:996. https://doi.org/10.1186/s12903-026-08299-2
18. Ikeda Y, Ogawa A, Takahashi N, Yamada H. Non-syndromic bilateral posterior maxillary supernumerary teeth: rare combination of paramolar and distomolar. Bull Tokyo Dent Coll. 2026;67(1):11-15. https://doi.org/10.2209/tdcpublication.2025-0016
19. Shi J, Bi Y, Wu Z. Symmetrically erupted upper fourth molars and an impacted fifth molar: a case report. Case Rep Dent. 2025;2025:3575942. https://doi.org/10.1155/crid/3575942
20. Al-Haj Husain A, Schönegg D, Bosshard FA, Valdec S. Bilateral supernumerary maxillary fourth and fifth molars: a clinical case report and literature review. Imaging Sci Dent. 2022;52(4):429-434. https://doi.org/10.5624/isd.20220124

Financiación

Sin financiación.

Conflictos de interés

No existe.

Contribución de autoría

Conceptualización: Ruth Shirley Lavadenz Pérez, William José Arrazola Pozo, Verónica Quiñones-Lazcano.
Metodología: Ruth Shirley Lavadenz Pérez, William José Arrazola Pozo, Verónica Quiñones-Lazcano.
Investigación: Ruth Shirley Lavadenz Pérez, William José Arrazola Pozo, Verónica Quiñones-Lazcano.
Redacción – borrador original: Ruth Shirley Lavadenz Pérez, William José Arrazola Pozo, Verónica Quiñones-Lazcano.
Redacción – revisión y edición: Ruth Shirley Lavadenz Pérez, William José Arrazola Pozo, Verónica Quiñones-Lazcano.