

Odontología **Pediátrica**

**Clasificación y tratamiento de los
dientes dobles en dentición
temporal según la afectación
clínica**

**Classification and treatment of
double teeth in primary dentition
according to clinical involvement.
Series of clinical cases.**

10.20960/odontolpediatr.00010

04/10/2024

Clasificación y tratamiento de los dientes dobles en dentición temporal según la afectación clínica

Classification and treatment of double teeth in primary dentition based on clinical involvement

Clara Garcete Delvalle¹, Silvia Jiménez García², María José Jiménez García³, Marina Olea Vielba⁴, David Jiménez García⁵, Jaime Jiménez García⁶

¹Profesora Asociada del Departamento de Odontología. Profesora del Máster de Odontopediatria y Ortodoncia Interceptiva y Funcional. Universidad CEU San Pablo. Odontopediatra y Ortodoncista. ²Directora del Departamento de Ortodoncia. ³Directora del Departamento de Periodoncia. ⁴Especialista en Odontología Restauradora y Prótesis. ⁵Director del Departamento de Estética. ⁶Director del Departamento de Cirugía. Clínica CIRO. Madrid

Recibido: 27/11/2023

Aceptado: 19/02/2024

Correspondencia: Clara Garcete Delvalle. Departamento de Odontología. Máster de Odontopediatria y Ortodoncia Interceptiva y Funcional. Universidad CEU San Pablo. Odontopediatra y Ortodoncista. Clínica CIRO. C/ del Príncipe de Vergara, 44. 28001 Madrid
e-mail: clara.garcetedelvalle@ceu.es

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESUMEN

Introducción: los dientes dobles en dentición temporal (DDT) ya sea fusión o geminación presentan un surco de unión profundo y retentivo. Este surco de difícil acceso para higienizar hace que el diente tenga mayor

riesgo de desarrollo de lesiones cariosas y patología periodontal. Un diagnóstico precoz permite instaurar un tratamiento preventivo y reducir la necesidad de tratamientos futuros.

Caso clínico: el objetivo de este trabajo es describir un protocolo de manejo clínico de los DDT según el grado de afectación clínica teniendo en cuenta la ausencia o presencia de desmineralización, lesión cariosa, movilidad y reabsorción radicular, acompañado de un protocolo preventivo tanto en el gabinete dental como en el hogar, así como presentar una serie de casos clínicos.

Discusión: la exploración clínica y radiográfica es necesaria para el diagnóstico clínico de los dientes dobles. Describimos cuatro grados de afectación clínica de los dientes dobles en dentición temporal. En el grado 0 y I se recomiendan medidas preventivas; en el grado II se recomiendan medidas preventivas, terapéuticas y restauradoras y en el grado III se recomiendan medidas preventivas y quirúrgicas como la extracción del diente doble por el pronóstico comprometido del diente doble. Pero es el equipo multidisciplinar quien, en base a las necesidades individualizadas del paciente y de los padres/tutores legales, debe otorgar el mejor diagnóstico y plan de tratamiento a cada niño/a.

Palabras clave: Dientes dobles. Dentición temporal. Fusión dental. Geminación dental.

ABSTRACT

Background: double teeth in primary dentition (DPD), whether fusion or gemination, have a deep and retentive bonding groove. This groove is difficult to access for cleaning and increase the risk of developing carious lesions and periodontal pathology. Early diagnosis enables the implementation of preventive treatments, reducing the necessity for future interventions.

Case report: the aim of this work is to describe a clinical management protocol for DPD according to the degree of clinical involvement, taking into account the absence or presence of demineralization, carious lesion,

mobility and root resorption, accompanied by a preventive protocol both in the dental office and at home. Additionally, a series of clinical cases are presented.

Discussion: clinical and radiographic examinations are necessary for diagnosing double teeth in primary dentition. We describe four degrees of clinical involvement in double teeth. In grade 0 and I, preventive measures are recommended; grade II warrants preventive, therapeutic and restorative measures; while grade III necessitates preventive and surgical interventions, such as the extraction of the double tooth due to the compromised prognosis. The multidisciplinary team, considering the individualized needs of the patient and their parents/legal guardians, should determine the optimal diagnosis and treatment plan for each child.

Keywords: Double teeth. Primary dentition. Dental fusion. Dental gemination.

INTRODUCCIÓN

El término “diente doble” o “dientes unidos” es un término general para indicar la unión de dos dientes contiguos o la parcial división en dos partes de un diente durante el desarrollo. El primer proceso es la fusión dental y el segundo proceso es la geminación dental. La geminación dental es un intento fallido del folículo dental en dividirse en dos, dependiendo del grado de geminación, el diente afectado puede tener dos coronas o una corona grande parcialmente separada. Por otro lado, la fusión es la unión completa o parcial entre la dentina y/o esmalte de dos o más dientes separados durante el desarrollo (1-5).

Otra alteración dentaria es la macrodoncia, esta alteración está relacionada con el aumento de tamaño del diente que con frecuencia se suele confundir con los dientes dobles (6).

Se describe una regla muy práctica para diferenciar entre fusión y geminación. La regla de Mader y cols. según esta regla si el diente doble se considera “dos dientes” y el número total de dientes en la arcada dental es normal, se diagnostica fusión dentaria. Sin embargo, cuando el

diente doble se considera como “dos dientes” y el número total de los dientes en la arcada dentaria es mayor de lo habitual, entonces, el diagnóstico es geminación o fusión entre diente normal y un supernumerario (7).

La prevalencia de los dientes dobles es del 0,1 % en la dentición permanente y 0,5 % en la dentición temporal sin diferencias en el género, todos los autores coinciden que los dientes dobles son más prevalentes en la dentición temporal (8).

La etiología y patogénesis exacta de los dientes dobles es difícil de determinar ya que se producen durante el proceso embriológico en concreto durante la odontogénesis. Los factores ambientales y los factores genéticos pueden considerarse factores contribuyentes en la manifestación de estas alteraciones dentarias (9,10).

Los dientes dobles se describen como manifestaciones clínicas de síndromes como el síndrome óculo-oto-dental o llamado displasia otodental, la displasia condroectodérmica, entre otros síndromes (11).

Estas alteraciones dentarias plantean desafíos para el clínico a hora de realizar el diagnóstico y el plan de tratamiento. Un diagnóstico temprano permite instaurar un tratamiento preventivo y reducir la necesidad de tratamientos futuros (4,5). El profesional puede guiar la cronología de erupción, el desarrollo oclusal y diagnosticar en una fase precoz posibles alteraciones en la dentición permanente. La exploración clínica, así como las radiografías periapicales, son el principal método de diagnóstico (4).

Se describen múltiples complicaciones clínicas de los dientes dobles en la dentición temporal como retardo en la exfoliación del diente doble temporal, impactación de los dientes permanentes, maloclusiones, entre otras alteraciones (2,3,12-14).

El surco de unión de los dientes dobles en la mayoría de los casos es un surco muy profundo y retentivo, por lo que se asocia con mayor riesgo de desarrollo de lesiones cariosas y lesiones periodontales (4). Los dientes anteriores tienen un papel clave en el desarrollo morfológico de los maxilares y el tipo facial por lo que un diente doble en el sector anterior podría causar alteraciones estéticas (5,8,15,16).

Aguiló y cols. propusieron una clasificación de los dientes dobles basándose en la morfología anatómica. Establecieron 4 tipos: el tipo I: una corona bífida-una raíz; el tipo II: una corona grande-una raíz grande; el tipo III: dos coronas fusionadas-una única raíz cónica; y el tipo IV: dos coronas fusionadas-dos raíces fusionadas (2). Esta clasificación es útil para la descripción anatómica del diente doble pero no tiene en cuenta parámetros clínicos que faciliten al profesional en el manejo clínico.

El objetivo de este trabajo es describir un protocolo de manejo clínico de los *dientes dobles en dentición temporal* (DDT) teniendo en cuenta parámetros clínicos como la movilidad, la reabsorción radicular y los estadios de lesiones cariosa del diente doble, así como presentar una serie de casos clínicos de DDT tratados en la clínica dental CIRO.

A continuación, presentamos un resumen del diagnóstico y del manejo clínico de los dientes temporales dobles elaborada en base a la revisión bibliográfica y los casos clínicos presentados.

Para la detección de *caries en dentición temprana* (CDT) se utilizó la clasificación simplificada de Evans y cols. (17) (Tabla I).

Tabla I. Estadios de lesiones cariosas en dentición temprana (CDT) según Evans y cols. (17)

<i>CDT 0. Diente sano</i> No se observan restauraciones ni signos iniciales de CDT
<i>CDT 1. Lesión blanca lisa</i> Superficie del diente presenta una lesión blanquecina lisa, especialmente perceptible en las superficies vestibulares
<i>CDT 2. Destrucción de esmalte</i> Superficie del diente con una lesión blanquecina lisa con destrucción de esmalte. Este signo será confirmado con el uso de la sonda periodontal (superficie rugosa o destrucción de esmalte)
<i>CDT 3. Cavidad en dentina</i> Superficie del diente presenta una cavidad visible extendiéndose hasta la dentina. Si fuera necesario, el signo será confirmado con el uso de la

sonda periodontal. La base de la lesión deberá mostrarse blanda al tacto

Para diagnosticar el grado de movilidad dental se utilizó la clasificación de Miller. Para medir la movilidad se utiliza un instrumento (el mango de un espejo) a cada lado del diente y aplicando una fuerza controlada. Con este índice se puede puntuar la movilidad. El diente se sujeta firmemente entre 2 instrumentos y se mueve hacia adelante y hacia atrás. La movilidad se califica en una escala de 0 a 3 (Tabla II).

Tabla II. Clasificación de movilidad de Miller (18)

Grado	Clínica
0	No hay movimiento detectable cuando se aplicó fuerza
I	Movimiento mayor de lo normal (fisiológico)
II	Movilidad no mayor a 1 mm en dirección bucolingual
III	Movilidad mayor de 1 mm en dirección bucolingual

Describimos 5 grados de afectación clínica del DDT teniendo en cuenta la lesión cariosa (según los estadios de Evans y cols. [Tabla I]), la movilidad (según la clasificación de Miller [Tabla II]), y reabsorción radicular (Tabla III).

- *Grado 0:* presencia de diente doble con estadio de CDT 0 no se observan restauraciones ni signos de desmineralización, movilidad grado 0 y reabsorción radicular $< 2/3$ de la longitud radicular, se debe establecer un programa preventivo y revisión en 3 meses. Ejemplo del caso: el primer caso clínico.
- *Grado I:* presencia de diente doble con estadio de CDT 0 o 1 se observan presencia de fisura profunda, movilidad grado 0 o I y reabsorción radicular $< 2/3$ de la longitud radicular se debe aplicar un sellador resinoso de fosas y fisuras y establecer un programa preventivo y revisión en 3 meses. Ejemplo del caso: el segundo caso clínico.

- *Grado II:* presencia de diente doble con estadio de CDT 2 o 3, movilidad grado 0 o I y reabsorción radicular $< 2/3$ de la longitud radicular. Se debe eliminar la lesión cariosa y realizar la obturación correspondiente. Así como también establecer un programa preventivo y revisión en 3 meses. Ejemplo del caso: el tercer caso clínico.
- *Grado III:* presencia de diente doble con estadio de CDT 2 o 3 lesión cariosa extensa, movilidad grado III y reabsorción radicular $> 2/3$ de la longitud radicular. Se debe extraer el diente doble y colocar un mantenedor de espacio según el clínico, acompañado de un programa preventivo y revisión en 3 meses. Ejemplo del caso: el cuarto caso clínico.

Tabla III. Manejo clínico según los grados de afectación clínica de los dientes dobles en dentición temporal (DDT)

Grad o	Clínica	Manejo clínico
0	<ul style="list-style-type: none"> - Diente doble temporal (DDT) - Estadio de CDT 0 - Movilidad grado 0 - Reabsorción radicular $< 2/3$ de la longitud radicular 	<ul style="list-style-type: none"> - Profilaxis supragingival - Barniz de flúor 22 600 ppm de flúor (19) - Se debe establecer un programa preventivo y revisión en 3 meses
I	<ul style="list-style-type: none"> - Diente doble temporal (DDT) - Presencia de fisura profunda - Estadio de CDT 0 o 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Profilaxis supragingival - Aplicar un sellador resinoso de fosas y fisuras en la fisura - Se debe establecer un programa preventivo y revisión en 3 meses

	<ul style="list-style-type: none"> - Movilidad grado 0 o I - Reabsorción radicular < 2/3 de la longitud radicular 	
II	<ul style="list-style-type: none"> - Diente doble temporal (DDT) - Presencia de fisura profunda - Estadio de CDT 2 o 3 - Movilidad grado 0 o I - Reabsorción radicular < 2/3 de la longitud radicular 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la lesión cariosa y realizar la obturación correspondiente - Se debe establecer un programa preventivo y revisión en 3 meses
III	<ul style="list-style-type: none"> - Diente doble temporal (DDT) - Presencia de fisura profunda - Estadio de CDT 2 o 3 - Movilidad grado II o III - Reabsorción radicular > 2/3 de la longitud radicular 	<ul style="list-style-type: none"> - Extraer el diente temporal doble - Si el clínico lo considera necesario colocar un mantenedor de espacio - Se debe establecer un programa preventivo y revisión en 3 meses

Elaborado por Garcete y cols.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente varón de 6,5 años acude a la consulta odontológica para una revisión clínica. Después de realizar la exploración clínica y radiográfica se diagnóstica:

- Dentición mixta primera fase (Figs. 1-3).
- Índice de placa < 30 %.
- Diente conoide del incisivo lateral permanente derecho (1.2) (Fig. 3).

- Tinción del primer molar temporal derecho (5.4) al que le habíamos realizado un tratamiento pulpar (pulpotomía) (Fig. 1).
- Riesgo de caries alto según el protocolo CAMBRA (*Caries Management by Risk Assessment*) (20).
- Diente doble temporal. Diente fusionado entre el incisivo central temporal derecho (5.1) y el incisivo lateral temporal derecho (5.2), según la regla de Mader y cols. (7). Movilidad grado 0 según la clasificación de Miller (18).

Afectación clínica del diente doble temporal: *grado 0* (Fig. 1).

En ausencia de lesión cariosa, movilidad, y de reabsorción radicular, se realiza un tratamiento preventivo.

Se explica a los padres las repercusiones del diente doble en la dentición temporal una de ellas el de mayor riesgo de caries. Se realiza una profilaxis supragingival y se aplica en el diente fusionado barniz de flúor (22 600 ppm flúor) (19), acompañado de un programa preventivo según el protocolo CAMBRA (20).



Figura 1. Foto oclusal de la arcada superior. Diente fusionado 51-52.



Figura 2. Foto oclusal de la arcada inferior.



Figura 3. Rx panorámica. Se observa el diente fusionado 5.1-5.2, diente conoide 1.2 y el tratamiento pulpar del 5.4 con buena evolución clínica.

Caso clínico 2

Paciente mujer de 5,6 años acude a la clínica odontológica por el siguiente motivo de consulta: “una revisión general”. Después de realizar la exploración clínica y radiográfica (Figs. 13 y 14) se diagnostica:

- Dentición temporal.
- Índice de placa > 50 % y cálculo supragingival.
- Riesgo de caries alto según el protocolo CAMBRA (*Caries Management by Risk Assessment*) (20).
- Diente temporal doble. Fusión del 7.1-7.2 según la regla de Mader y cols. (7). Movilidad grado I según la clasificación de Miller.

Afectación clínica del diente doble temporal: *grado I* (Figs. 4 y 5).



A



B



C

D

Figura 4. Exploración clínica. Fusión de 7.1-7.2. Se observa cálculo supragingival en la cara lingual del 7.1-7.2 (D).

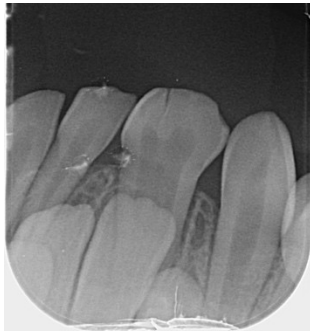
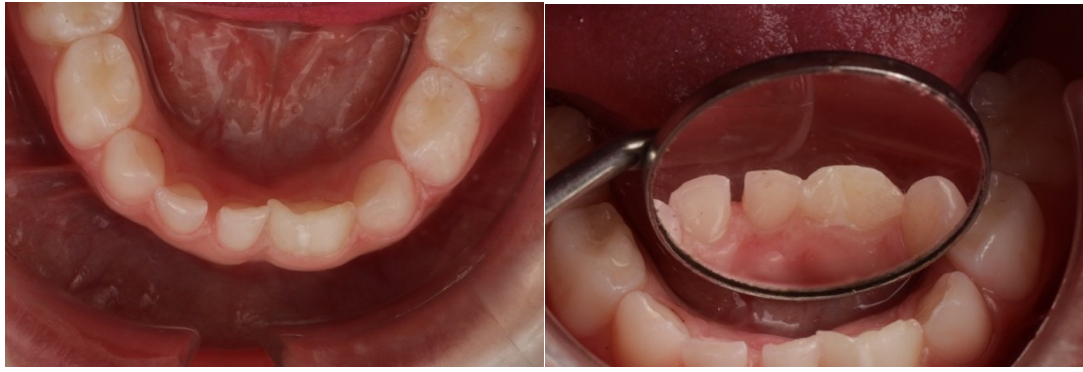


Figura 5. Rx periapical del 7.1-7.2 se observa un diente doble con una línea de separación.

Se realiza un plan de tratamiento preventivo y terapéutico:

- Se explica a los padres las repercusiones clínicas de una higiene irregular y del diente doble en la dentición temporal. Se da técnicas de higiene oral, profilaxis supragingival, se aplica barniz de flúor (22 600 ppm flúor) y se coloca sellador resinoso de fosas y fisuras en la línea de la unión del 7.1-7.2 (Fig. 6).



A

B

Figura 6. Fotos intraorales una vez realizada la profilaxis supragingival y la colocación del sellador de fosas y fisuras resinoso.

Caso clínico 3

Paciente mujer de 4,5 años acude a la consulta odontológica por el siguiente motivo: “mi hija tiene un diente doble”. Después de realizar la exploración clínica y radiográfica se diagnóstica:

- Dentición temporal completa (Fig. 7).
- Índice de placa > 60 %.
- Riesgo de caries alto según el protocolo CAMBRA (*Caries Management by Risk Assessment*) (20).
- Diente doble temporal. Fusión de 5.1-5.2 según la regla de Mader y cols. (7), lesión cariosa en la cara palatina en la línea de unión del 51-52. Movilidad grado 0 según la clasificación de Miller (18).

Afectación clínica del diente doble temporal: *grado II* (Figs. 8 y 9).



Figura 7. Exploración clínica. Fusión del 5.1-5.2.



Figura 8. Foto oclusal de la arcada superior. Se observa la lesión cariosa entre la unión del 5.1-5.2.



A

Figura 9. Series de radiografías periapicales del 5.1-5.2 y 6.1.

Se realiza un plan de tratamiento preventivo y terapéutico:

- Se explica a los padres las repercusiones del diente doble en la dentición temporal una de ellas el de mayor riesgo de caries. Se da técnicas de higiene oral, profilaxis supragingival, aplicación tópica de barniz de flúor (22 600 ppm flúor) (19) y en la siguiente cita se realiza el tratamiento terapéutico del 5.1-5.2.
- Se elimina la lesión cariosa del 5.1-5.2, se observa exposición pulpar (Fig. 10C), se coloca agregado de trióxido mineral (MTA), vitrebond 3MTM (Plus base de ionómero de vidrio). Posterior a la eliminación de la lesión cariosa se realiza una obturación convencional adhesiva.

Además, se coloca sellador de fosas y fisuras resinoso en la cara vestibular del DDT en la línea de unión del 5.1-5.2 (Figs. 10 E y F).

El tratamiento se realiza con anestesia local lidocaína al 2 % y aislamiento absoluto (Figs. 10 A-F, 11 y 12).

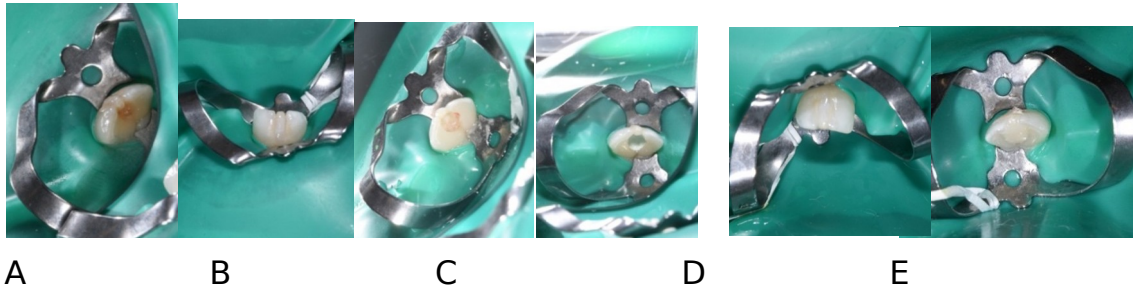


Figura 10. Secuencias de los pasos de la eliminación de la lesión cariosa y la obturación del diente fusionado 5.1-5.2.



Se establece el protocolo de revisiones según el protocolo CAMBRA de cada 3 meses (20). En la cita de revisión se planifica una radiografía más amplia para el diagnóstico de otras posibles alteraciones dentarias como la posible agenesia del incisivo lateral derecho superior (1.2).

Caso clínico 4

Paciente varón 6,5 años acude a la clínica odontológica por el siguiente motivo de consulta: “una revisión general”. Después de realizar la exploración clínica y radiográfica (Figs. 13 y 14) se diagnostica:

- Dentición mixta primera fase.
- Índice de placa > 50 % y cálculo supragingival.
- Riesgo de caries alto según el protocolo CAMBRA (*Caries Management by Risk Assessment*) (20).
- Diente temporal doble. Fusión del 8.1-8.2 según la regla de Mader y cols. (7) reabsorción radicular > 2/3 de la longitud radicular y movilidad grado III según la clasificación de Miller (18).

Afectación clínica del diente doble temporal: *grado III*.

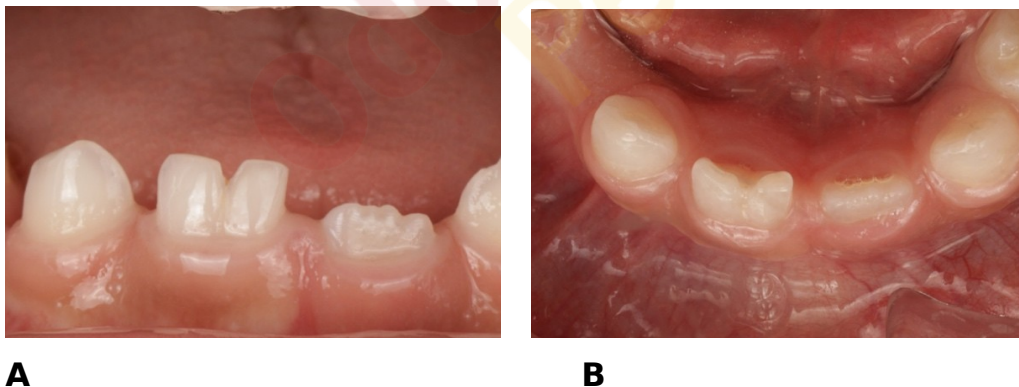


Figura 13. Fotos intraorales. Fusión del 81.82.

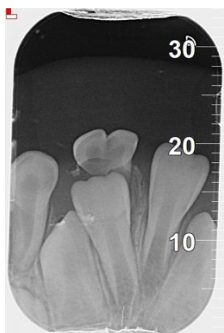


Figura 14. Rx periapical del 8.1 y 8.2 se observa reabsorción radicular > 2/3 de la longitud radicular.

Se realiza un plan de tratamiento preventivo y terapéutico:

Se explica a los padres las repercusiones clínicas de una higiene irregular. Se da técnicas de higiene oral, profilaxis supragingival, se aplica barniz de flúor (22 600 ppm flúor) (19) y en una segunda cita se realiza la extracción del diente doble.

DISCUSIÓN

Existe muy poca literatura científica sobre el tratamiento de los dientes dobles y más escasa aún sobre el tratamiento de los dientes dobles en dentición temporal. Los autores coinciden en que los surcos profundos de los dientes dobles son más susceptibles a desarrollar lesiones cariosas y problemas periodontales (3). Las líneas de unión facilitan la acumulación de placa ya que pueden ser difíciles de higienizar. Por lo tanto, se recomiendan reforzar la higiene y establecer un programa preventivo individualizado para cada paciente (13,21).

El programa preventivo establecido por el protocolo CAMBRA es ampliamente utilizado; según este protocolo un paciente con diente doble tiene alto riesgo de caries por las características propias de mayor retención de placa y dificultad en la higiene. Este protocolo otorga directrices tanto al clínico como a los padres/ tutores legales en el hogar (20,22).

En cuanto a la clasificación de las lesiones cariosas en dentición temprana de Evans y cols., este método es sencillo y ayuda al clínico a establecer un

diagnóstico de la lesión cariosa rápida en dentición temporal en comparación a otros métodos (17).

Los padres/tutores legales tienen un papel muy importante en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas por lo que el clínico debe explicar que en las líneas de unión de los dientes dobles es muy difícil de higienizar y por lo tanto los padres/tutores legales deben reforzar la higiene bucodental de los niños y acudir a las revisiones.

En los casos de afectación del DDT grado 0 y I únicamente se ha realizado medidas preventivas como se muestra en el primer y segundo caso clínico. Sin embargo, en el grado II de afectación clínica del DDT además de realizar el tratamiento preventivo se eliminar la lesión cariosa y realizar la obturación correspondiente. En el grado III de afectación clínica del DDT se ha realizado medidas preventivas y la extracción del diente doble por el pronóstico reservado del diente (8,21).

La extracción del diente doble está indicada en los casos de lesiones cariosas extensas y profundas que comprometen la restauración del diente. Cuando se realiza la extracción, el equipo multidisciplinar en concreto el odontopediatra y el ortodoncista deben determinar la necesidad de colocación de un mantenedor de espacio (21). En el cuatro caso clínico no se ha colocado mantenedor de espacio al ser en una zona anterior y por estar próxima a la erupción del 4.1 (23).

Existe evidencia en la prevención de lesiones cariosas en fosas y fisuras con los selladores y el barniz de fluoruro sódico al 5 % (22 600 ppm de flúor) (24). Pero no está claro cuál de los métodos preventivos (los selladores de fosas y fisuras y el barniz de fluoruro sódico al 5 %) es más eficaz. Por lo que muchos autores recomiendan que sea el clínico quien seleccione la mejor opción de tratamiento (25). En los casos que hemos presentado hemos utilizado ambos métodos preventivos para maximizar la prevención (24,25). Hemos seleccionado el sellador de fosas y fisuras de resina por demostrar mayor eficacia frente a los selladores de vidrio ionómero (26). Otros autores recomiendan restauraciones profilácticas con resina fluida en el surco profundo del diente doble temporal (3,27).

Los dientes dobles en dentición temporal pueden causar maloclusiones como diastema dental si la fusión se produce entre dos dientes normales. También pueden causar apiñamiento dental si la fusión se produce entre un diente normal y un diente supernumerario (28), así como también pueden producir reducción de la longitud de la arcada dentaria, desviación de la línea media y alteraciones estéticas (5,13), por lo que es necesario contar con un equipo multidisciplinar para el manejo clínico de estas alteraciones (8).

Otra complicación relacionada con los dientes dobles en dentición temporal son las agenesias o alteraciones de la forma del diente sucesor (29). Un buen diagnóstico incluye la exploración clínica y la exploración complementaria como una radiografía periapical en la que se observe la presencia o ausencia del diente permanente sucesor. Si el diente permanente está presente se indica realizar el tratamiento preventivo y o restaurador si fuera necesario. Si el diente sucesor está ausente se propone acompañar el tratamiento preventivo y mantener el diente doble el mayor tiempo posible hasta que el paciente obtenga la edad suficiente para la rehabilitación implanto-protésica. También podría darse el caso de cerrar el espacio de la agenesia con ortodoncia (30). Para esta planificación y diagnóstico es de vital importancia contar con un equipo multidisciplinar.

En el tercer caso clínico, la radiografía presentada no se puede diagnosticar la presencia o ausencia del 12, por lo que en la siguiente vista se realizará una radiografía más amplia. En la edad en la que se encuentra el paciente el objetivo del tratamiento es mantener la salud del diente doble.

Los dientes dobles se diagnostican en la mayoría de los casos en niños con edades muy tempranas como los casos clínicos que hemos presentado por lo que se recomienda planificar sesiones cortas a primera hora de la jornada y dejar para las últimas sesiones los tratamientos con mayor complejidad e ir introduciendo poco a poco al niño en el gabinete dental (31,32).

Esta clasificación del grado de afectación y manejo clínico de los dientes dobles en dentición temporal puede ser de gran utilidad. Pero es el odontopediatra, junto con el equipo multidisciplinar, quien en base a las necesidades individualizadas del paciente y de los padres/tutores legales debe otorgar el mejor diagnóstico y plan de tratamiento a cada niño/a.

CONCLUSIONES

La exploración clínica y radiográfica es necesaria para el diagnóstico clínico de los dientes dobles.

Describimos cuatro grados de afectación clínica de los dientes dobles en dentición temporal. En el grado 0 y I se recomiendan medidas preventivas; en el grado II se recomiendan medidas preventivas, terapéuticas y restauradoras; y en el grado III se recomiendan medidas preventivas y quirúrgicas como la extracción del diente doble por el pronóstico comprometido del diente doble. Pero el equipo multidisciplinar es quien, en base a las necesidades individualizadas del paciente y de los padres/tutores legales, debe otorgar el mejor diagnóstico y plan de tratamiento a cada niño/a.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Spiguel MH, Feldens EG. Dental anomalies and associated factors in 2- to 5-year-old Brazilian children. *Int J Paediatr Dent* 2008;18(6):434-40.
2. Aguiló L, Gandia JL, Cibrian R, Catala M. Primary double teeth. A retrospective clinical study of their morphological characteristics and associated anomalies. *Int J Paediatr Dent* 1999;9(3):175-83.
3. Tewari N, Pandey RK. Bilateral fusion in primary mandibular teeth: a report of two cases. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2011;29(1):50-2.
4. Ben Salem M, Chouchene F, Masmoudi F, Baaziz A, Maatouk F, Ghedira H. Fusion or Gemination? Diagnosis and Management in Primary Teeth: A Report of Two Cases. *Case Rep Dent* 2021; 2021:6661776.
5. Lochib S, Indushekar KR, Saraf BG, Sheoran N, Sardana D. Occlusal

characteristics and prevalence of associated dental anomalies in the primary dentition. *J Epidemiol Glob Health* 2015;5(2):151-7.

6. Mamdani S, Pathak D, Harrison M, Bhujel N. Macrodonia and double teeth: a review and case series. *Br Dent J* 2023;234(5):315-21.

7. Mader CL. Fusion of teeth. *J Am Dent Assoc* 1939 1979;98(1):62-4.

8. Bernardi S, Bianchi S, Bernardi G, Tchorz JP, Attin T, Hellwig E, et al. Clinical management of fusion in primary mandibular incisors: a systematic literature review. *Acta Odontol Scand* 2020;78(6):417-24.

9. Folayan MO, Alade M, Adeniyi A, El Tantawi M, Finlayson TL. Association between developmental dental anomalies, early childhood caries and oral hygiene status of 3-5-year-old children in Ile-Ife, Nigeria. *BMC Oral Health* 2019;20(1):1.

10. Caruso S, Bernardi S, Pasini M, Giuca MR, Docimo R, Continenza MA, et al. The process of mineralisation in the development of human tooth. *Eur J Paediatr Dent* 2016;17(4):322-6.

11. Zhu M, Liu C, Ren S, Lin Z, Miao L, Sun W. Fusion of a supernumerary tooth to right mandibular second molar: a case report and literature review. *Int J Clin Exp Med* 2015;8(8):11890-5.

12. Cheng R bo, Chen X, Liu S jie, Pan L, Wu X guang. An epidemiological survey on fusion of deciduous teeth of 4286 kindergarten children in Shenyang city. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue Shanghai J Stomatol* 2003;12(6):424-6.

13. Aydinbelge M, Sekerci AE, Caliskan S, Gumus H, Sisman Y, Cantekin K. Clinical and radiographic evaluation of double teeth in primary dentition and associated anomalies in the permanent successors. *Niger J Clin Pract* 2017;20(7):847-51.

14. Guimarães Cabral LA, Firoozmand LM, Dias Almeida J. Double teeth in primary dentition: report of two clinical cases. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal* 2008;13(1):E77-80.

15. Nogueira Fialho MP, Pinzan-Vercelino CRM, Nogueira RP, Gurgel JA. Relationship between facial morphology, anterior open bite and non-nutritive sucking habits during the primary dentition stage. *Dent Press J Orthod* 2014;19(3):108-13.

16. Smail-Faugeron V, Terradot J, Muller Bolla M, Courson F. Management of non-syndromic double tooth affecting permanent maxillary central incisors: a systematic review. *BMJ Case Rep* 2016;2016:bcr2016215482.
17. Evans RW, Feldens CA, Phantunvanit P. A protocol for early childhood caries diagnosis and risk assessment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018;46(5):518-25.
18. Aminoshariae A, Mackey SA, Palomo L, Kulild JC. Declassifying Mobility Classification. *J Endod* 2020;46(11):1539-44.
19. Pollick H. The Role of Fluoride in the Prevention of Tooth Decay. *Pediatr Clin North Am* 2018;65(5):923-40.
20. Young DA, Buchanan PM, Lubman RG, Badway NN. New directions in interorganizational collaboration in dentistry: the CAMBRA Coalition model. *J Dent Educ* 2007;71(5):595-600.
21. Shah P, Chander JML, Noar J, Ashley PF. Management of «double teeth» in children and adolescents. *Int J Paediatr Dent* 2012;22(6):419-26.
22. Featherstone JDB, Chaffee BW. The Evidence for Caries Management by Risk Assessment (CAMBRA®). *Adv Dent Res* 2018;29(1):9-14.
23. Watt E, Ahmad A, Adamji R, Katsimpali A, Ashley P, Noar J. Space maintainers in the primary and mixed dentition - a clinical guide. *Br Dent J* 2018;225(4):293-8.
24. Kashbour W, Gupta P, Worthington HV, Boyers D. Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;11(11):CD003067.
25. Hiiri A, Ahovuo-Saloranta A, Nordblad A, Mäkelä M. Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD003067.
26. Alsabek L, Al-Nerabieah Z, Bshara N, Comisi JC. Retention and remineralization effect of moisture tolerant resin-based sealant and glass ionomer sealant on non-cavitated pit and fissure caries: Randomized controlled clinical trial. *J Dent* 2019;86:69-74.
27. Prabhu RV, Chatra L, Shenai P, Prabhu V. Bilateral fusion in primary

mandibular teeth. Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res 2013;24(2):277.

28. Milano M, Seybold SV, McCandless G, Cammarata R. Bilateral fusion of the mandibular primary incisors: report of case. ASDC J Dent Child 1999;66(4):280-2, 229.

29. Şekerci AE, Şişman Y, Ertaş ET, Gümüş H, Ertaş H. Clinical and radiographic evaluation and comparison of six cases of fusion involving the primary dentition. J Dent Child Chic Ill 2012;79(1):34-9.

30. Choi SJ, Lee JW, Song JH. Dental anomaly patterns associated with tooth agenesis. Acta Odontol Scand 2017;75(3):161-5.

31. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. Aust Dent J 2013;58(4):390-407; quiz 531.

32. Nandini DB, Deepak BS, Selvamani M, Puneeth HK. Diagnostic dilemma of a double tooth: a rare case report and review. J Clin Diagn Res JCDR 2014;8(1):271-2.

Odontolo
Pediatria