



## Erupción dental ectópica en el piso nasal. Reporte de tres casos

Carlos Juan Liceaga-Escalera,\* Madeleine Edith Vélez-Cruz,\* Luis Alberto Montoya-Pérez,\* Claudia Araceli Torres-Urbina\*

### RESUMEN

La erupción ectópica en el piso nasal es una alteración de baja incidencia en la cual pueden estar involucrados tanto órganos de la fórmula dental normal como supernumerarios. Entre los factores etiológicos más frecuentes se describen: labio y/o paladar fisurado, desplazamiento resultante de intervenciones quirúrgicas en la región maxilar anterior y traumatismo dentoalveolar. Estas retenciones dentales suelen originar síntomas tan variados como sinusitis crónica, obstrucción y dolor nasal, epistaxis recurrente, cefalea, descarga nasal, ulceración localizada, fetidez, desviación septal y abscesos septales nasales. Se presentan tres casos de erupción ectópica nasal diagnosticados y tratados en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Juárez de México.

**Palabras clave:** Erupción ectópica, diente nasal, diente intranasal, erupción nasal.

### ABSTRACT

Ectopic tooth eruption in the nasal cavity is a low-incidence disturbance which may involve both normal dental formula and supernumerary teeth. The following etiological factors have been described: cleft lip and/or palate, displacement after a surgical procedure in the premaxillary region and dentoalveolar trauma. These ectopic teeth are frequently associated with symptoms such as chronic sinusitis, nasal obstruction and pain, recurrent epistaxis, headache, nasal discharge, ulceration, stench, septal deviation and nasal septal abscesses. Three cases of nasal ectopic eruption diagnosed and treated in the Maxillofacial Surgery Service of the Hospital Juárez de México are presented.

**Key words:** Ectopic eruption, nasal tooth, intranasal tooth, nasal eruption.

### INTRODUCCIÓN

Se considera que un diente es ectópico cuando se encuentra alojado en algún área de los maxilares fuera de los límites del hueso alveolar,<sup>1</sup> por ejemplo, paladar, seno maxilar, fosa nasal, proceso coronoides, cóndilo y sínfisis mandibular.<sup>1-3</sup>

A pesar de que se han reportado dientes con ubicación extragnática (Cuadro 1),<sup>2-6</sup> estos casos no suelen considerarse ectópicos, sino teratomas.<sup>7-10</sup>

**Incidencia y prevalencia.** La erupción dental ectópica puede verse en el 0.5% de la población.<sup>10</sup> Hsin-Chien C y Jin-Chin L encontraron sólo 78 casos reportados en la literatura, los cuales tuvieron una predilección por el sexo masculino.<sup>2</sup>

Generalmente, esta entidad tiene una presentación unilateral; sólo hallamos tres reportes de casos bilaterales.<sup>11-13</sup>

**Etiología.** La erupción dental ectópica nasal es un padecimiento multifactorial. Entre las causas propuestas se han descrito las siguientes:

- Labio y/o paladar fisurado.
- Desplazamiento iatrogénico del germen dental durante la colocación de un injerto óseo en una fisura nasoalveolar.

\* Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

Recibido: 02/01/2017. Aceptado para publicación: 10/02/2017.

**Cuadro 1.** Ubicación dental extragnática (teratomas).

Órganos	Regiones
Orofaringe	Órbita
Lengua	Mediastinal
Ovarios	Retropertitoneal
Testículos	Presacra
	Retrococígea

- Desplazamiento por traumatismo dentoalveolar.
- Infección odontogénica o rinogénica.
- Obstrucción mecánica durante el proceso de exfoliación/erupción dental.<sup>4</sup>

**Cuadro clínico.** El primer síntoma referido por la mayoría de los pacientes es la sensación de cuerpo extraño en el piso nasal. Dependiendo de las dimensiones y la localización del órgano dentario involucrado, puede causar obstrucción nasal y/o bloqueo del conducto nasolagrimal, que a su vez, suele originar epífora.

Los casos que cursan con infección pueden presentar también dolor, descarga nasal purulenta, fetidez, cefalea y sinusitis crónica.

Clínicamente, se encuentra como una masa exofítica en el piso nasal de color amarillo o verde, rodeada por epitelio que en ocasiones se encuentra ulcerado, con tejido de granulación y rinolitos, indurado a la palpación y con diferentes grados de movilidad dependiendo de la profundidad, así como de la cantidad y calidad de hueso circundante.<sup>2,12</sup>

También existen casos asintomáticos, en los cuales los dientes intranasales son encontrados como lesiones radiopacas durante un examen radiológico de rutina.<sup>12</sup>

Dentro de los estudios de imagen útiles se incluyen las siguientes proyecciones radiográficas: Caldwell, Watters, lateral de cráneo, ortopantomografía y oclusal maxilar.<sup>2,11,13</sup> Por lo general, para poder ubicar adecuadamente al órgano dentario y conocer su anatomía, se requieren dos o más de las proyecciones citadas. Por lo anterior, en la actualidad el estándar de oro es la tomografía volumétrica Cone-Beam, que nos permite tener un número ilimitado de vistas de la región anatómica involucrada.

**Tratamiento.** Debido a los riesgos que supone la presencia de un cuerpo extraño intranasal (entre ellos la posibilidad de desplazamiento hacia la vía digestiva o a las vías aéreas inferiores, infecciones recurrentes y obstrucción

del conducto nasolagrimal), se indica la extracción de los órganos dentarios parcial o totalmente erupcionados en el piso nasal.

En la literatura se ha descrito la extracción mediante abordajes transnasales y/o transpalatinos, combinados con el uso de visión directa e indirecta (lámpara frontal y espejos).<sup>11</sup>

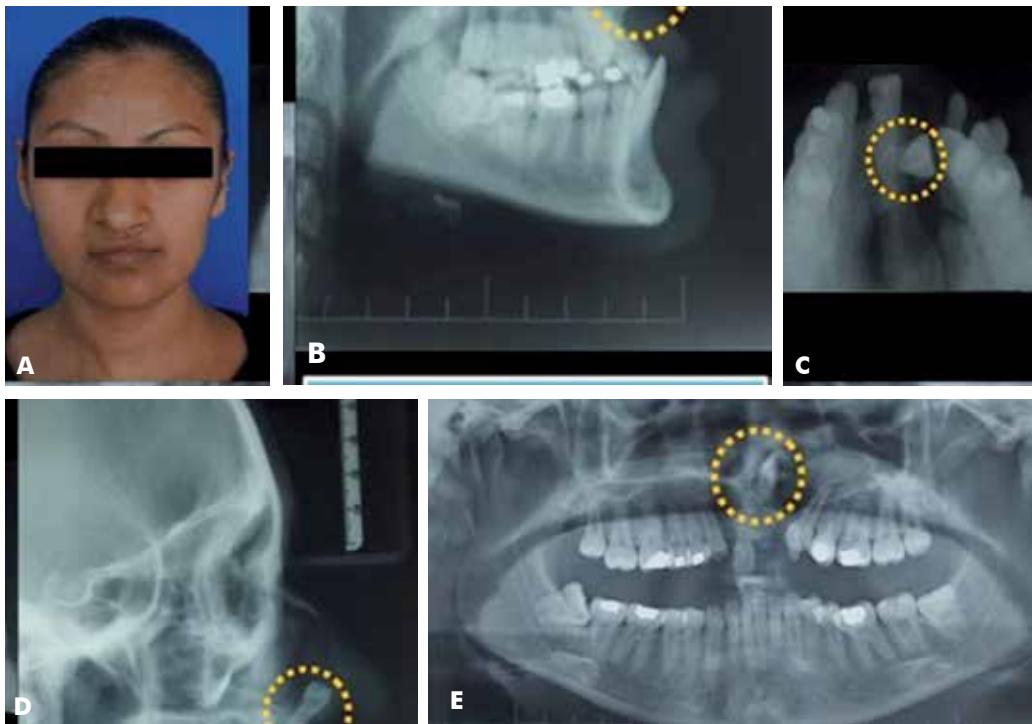
En años recientes, se ha popularizado la extracción por vía endoscópica, que reporta una menor morbilidad.<sup>14</sup>

## CASO CLÍNICO 1

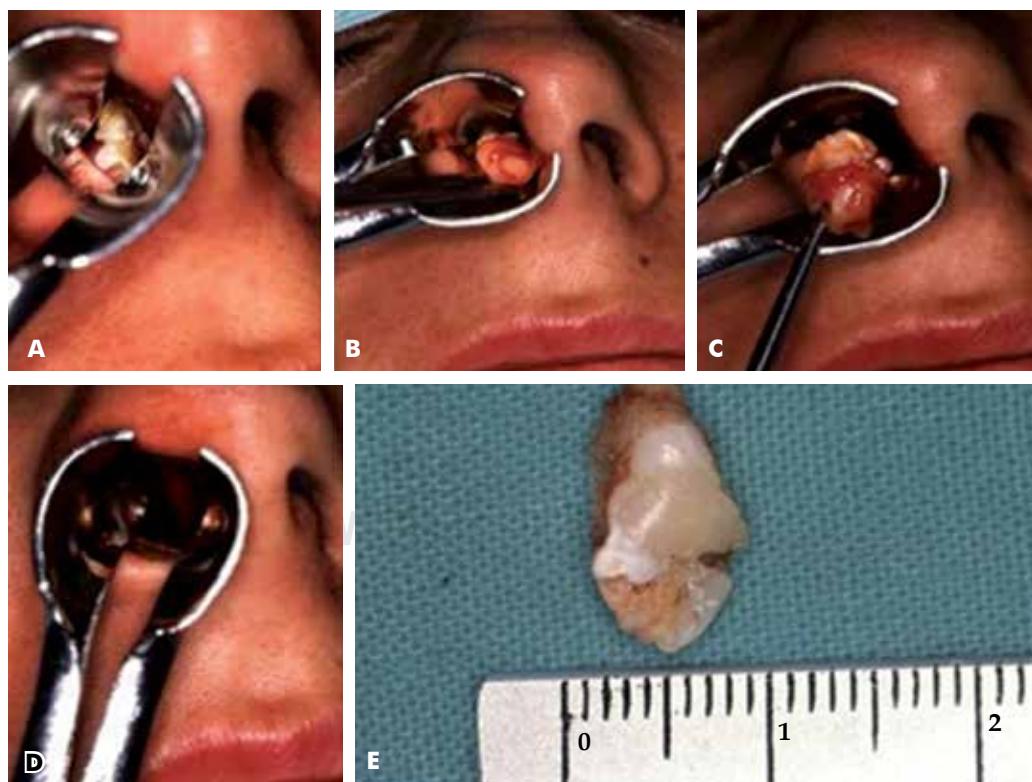
Mujer de 35 años de edad (Figura 1A); acudió a nuestro servicio después de haber visitado a otros especialistas por sensación de cuerpo extraño en el piso nasal. Refirió haber tenido siempre un diastema maxilar (Figura 1B), así como la ausencia del órgano dental 1.1, sin antecedente de extracción. Se realizó rinoscopia directa, donde se observó la presencia de material calcificado similar a esmalte dental (Figura 2A) ubicado en la porción medial del piso nasal de la narina derecha. Se solicitaron radiografías lateral de cráneo (Figura 1C), oclusal maxilar (Figura 1D) y ortopantomografía (Figura 1E), en donde se pudo ver el incisivo central superior derecho en posición invertida ubicado por arriba de la escotadura piriforme, aproximadamente un centímetro por detrás de la espina nasal anterior (Figura 1C). Se programó para realizar la extracción bajo anestesia local. Previo bloqueo del nervio nasopalatino con infiltración de lidocaína al 2% y epinefrina 1:100,000 en los agujeros de Scarpa más puntos locales peridentales en el piso nasal, y utilizando un rinoscopio y pinzas de disección, se realizó la aprehensión dental (Figura 2C). Se obtuvo un órgano dentario de anatomía aberrante, con raíz corta y erosión del esmalte (Figura 2E). Se concluyó el procedimiento sin incidentes. La mujer tuvo una evolución favorable.

## CASO 2

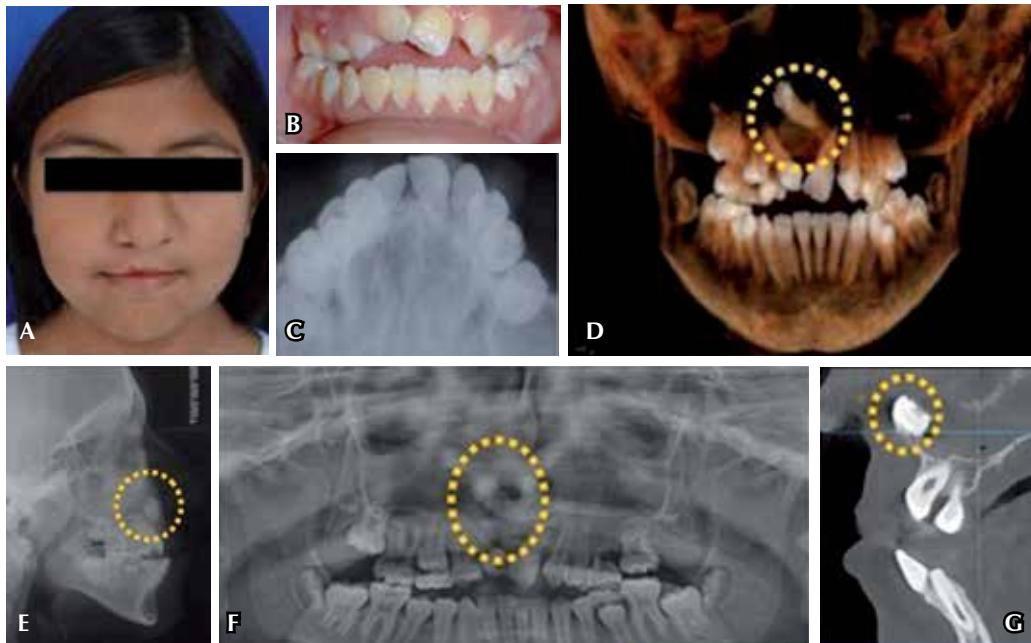
Individuo femenino de 12 años de edad (Figura 3A), con antecedente de fisura labio-palatina unilateral derecha completa (Figuras 3B y 3C); se encontraba en protocolo para injerto de fisura nasoalveolar. Se le solicitaron los siguientes estudios radiográficos: oclusal (Figura 3C), lateral de cráneo (Figura 3E) y ortopantomografía (Figura 3F). Se complementaron los estudios con tomografía volumétrica Cone-Beam (Figura 3D),

**CASO 1****Figura 1.**

**A.** Paciente femenina de 35 años con sensación de cuerpo extraño en el piso nasal. **B.** Con diastema maxilar, ausencia del órgano dental 1.1, sin antecedente de extracción. **C.** Radiografía lateral de cráneo. **D.** radiografía oclusal y **E.** ortopantomografía; se observa el órgano dental en el piso de la fosa nasal derecha.

**CASO 1****Figura 2.**

**A.** Se observa por rinoscopia directa el órgano dental en el piso de la fosa nasal. **B y C.** Se realizó la extracción con anestesia local, con ayuda de pinzas de Kelly. **D.** Fosa nasal libre. **E.** Se obtuvo un órgano dentario de anatomía aberrante, con raíz corta y erosión del esmalte.

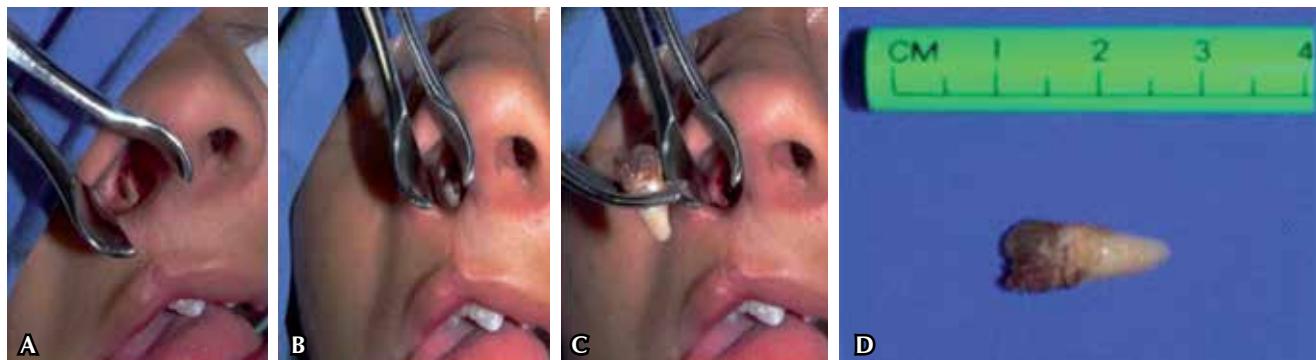


## CASO 2

**Figura 3.**

**A.** Individuo femenino de 12 años de edad, con fisura labio-palatina unilateral derecha. **B.** Ausencia clínica del incisivo central derecho. **C-G.** Estudios de imagen: radiografía oclusal, lateral de cráneo y ortopantomografía complementada con tomografía Cone-Beam. Se observó el órgano dental 1.1 retenido en posición invertida en la fosa nasal derecha, ubicado por arriba de la escotadura piriforme, al nivel de la espina nasal anterior.

## CASO 2



**Figura 4.** **A y B.** Con ayuda de un rinoscopio, se observó el órgano dental retenido, que **C.** se traccionó y extrajo. **D.** El órgano dental presentaba una erosión importante del esmalte y rinolitos asociados.

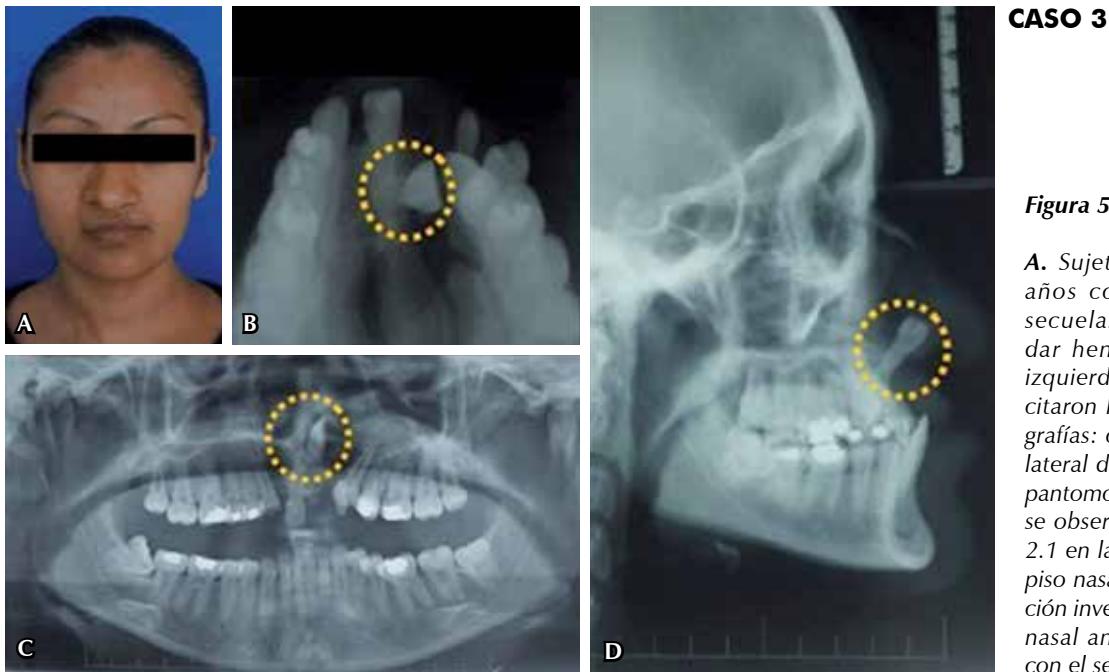
en donde se observó como hallazgo la presencia del órgano dental 1.1 retenido en la fosa nasal derecha en posición invertida (Figura 3G), ubicado por arriba de la escotadura piriforme, al nivel de la espina nasal anterior. A la exploración física, se palpó la corona de dicho órgano dentario en el piso nasal derecho, lo cual se corroboró mediante rinoscopia directa.

Se programó la extracción del órgano dentario ectópico bajo anestesia general balanceada. Se infiltró lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,000 con fines hemostáticos (Figuras 4A y 4B). Con ayuda de un rinoscopio más pinza de Kelly se traccionó y extrajo el órgano dentario (Figura 4C), el cual presentaba una

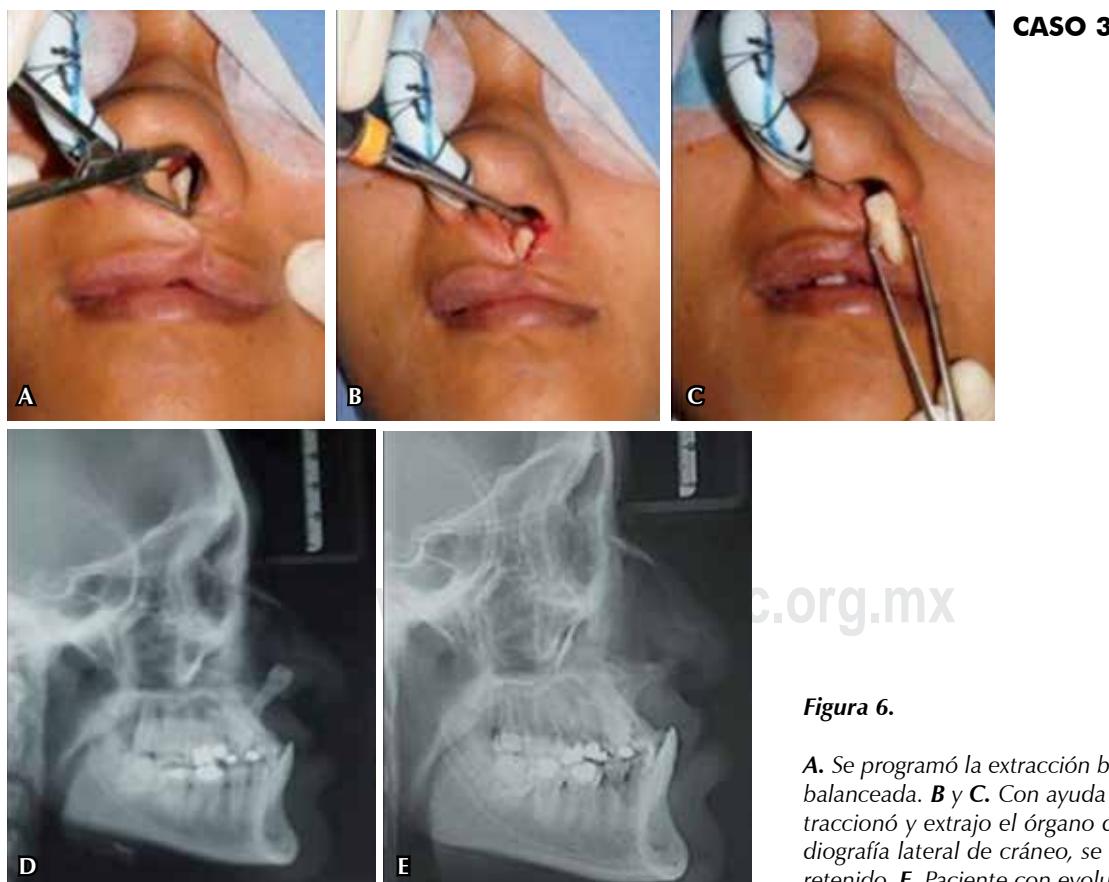
erosión importante del esmalte y rinolitos asociados (Figura 4D). Se realizó un cierre directo de la mucosa nasal con sutura reabsorbible 5-0, y concluimos el procedimiento sin incidentes. La joven presentó una evolución favorable.

## CASO 3

Sujeto femenino de 17 años, bajo diagnóstico de secuelas de labio y paladar fisurados unilaterales izquierdos completos (Figura 5A). Acudió a nuestro servicio por sensación de cuerpo extraño en la fosa nasal izquierda; refirió que años atrás se le realizó

**Figura 5.**

**A.** Sujeto femenino de 17 años con diagnóstico de secuelas de labio y paladar hendidos unilaterales izquierdos. **B-D.** Se le solicitaron las siguientes radiografías: oclusal superior (**B**), lateral de cráneo (**C**) y ortopantomografía (**D**), en donde se observó el órgano dental 2.1 en la porción medial del piso nasal izquierdo en posición invertida sobre la espina nasal anterior, en contacto con el septum nasal.

**Figura 6.**

**A.** Se programó la extracción bajo anestesia general balanceada. **B** y **C.** Con ayuda de pinza de Kelly, se traccionó y extraajo el órgano dentario. **D.** En la radiografía lateral de cráneo, se observaba el órgano retenido. **E.** Paciente con evolución favorable.



injerto óseo de fisura nasoalveolar en otra institución. Se le solicitaron las siguientes radiografías: oclusal superior (Figura 5B), lateral de cráneo (Figura 5C) y ortopantomografía (Figura 5D), en donde se observó el órgano dental 2.1 en la porción medial del piso nasal izquierdo en posición invertida sobre la espina nasal anterior, en contacto con el septum nasal. Se programó la extracción bajo anestesia general balanceada (Figura 6A). Se infiltró lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,000, y con ayuda de una pinza de Kelly (Figura 6B), se traccionó y extrajo dicho órgano dentario (Figura 6C). Se realizó un cierre directo de la mucosa del piso nasal con sutura reabsorbible 5-0 y concluimos el procedimiento sin incidentes. La paciente tuvo una evolución postquirúrgica favorable (Figura 6E).

Como farmacoterapia se prescribió ibuprofeno 400 mg cada seis horas durante cinco días y se manejó con dosis profiláctica de amoxicilina con ácido clavulánico vía intravenosa una hora antes de la cirugía.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con autores como Chen<sup>10</sup> y Arunkumar,<sup>11</sup> la erupción ectópica nasal es una patología de baja incidencia que afecta al 0.5% de la población, predominantemente al sexo masculino. La relevancia de este trabajo es la presentación de tres personas del sexo femenino, tratadas en nuestro centro hospitalario en un periodo de 18 meses.

En quienes por motivos económicos no se contó con tomografía volumétrica, se logró hacer una adecuada evaluación preoperatoria con múltiples proyecciones radiográficas, sin que esto comprometiera el resultado de la intervención ni la evolución postquirúrgica.

Los tres casos tuvieron afección unilateral, lo cual concuerda con los datos estadísticos reportados previamente.

Dentro de los posibles factores etiológicos para nuestras pacientes, encontramos el antecedente de labio fisurado en dos de ellas e idiopático en la persona restante.

El principal síntoma que motivó la consulta fue la sensación de cuerpo extraño en la fosa nasal afectada, tal como describen Mohebbi<sup>8</sup> y Oztürk.<sup>9</sup>

La extracción de los órganos dentarios no requirió levantamiento de colgajo ni ostectomía, ya que se encontraban sostenidos principalmente por mucosa, lo cual hizo que la intervención quirúrgica fuera poco traumática y, de acuerdo a nuestra experiencia, no justificaba el uso de endoscopio.

## CONCLUSIONES

Para evaluar las zonas comprometidas, se exhorta al uso de estudios imagenológicos más específicos, como la tomografía Cone-Beam; si no se cuenta con el recurso, se puede optar por la tomografía helicoidal o realizar dos o más proyecciones radiográficas.

La extracción de dichos órganos dentales, tanto sintomáticos como asintomáticos, se justifica por la disminución del riesgo de futuras complicaciones.

Se sugiere abordar siempre a través de la zona de menor resistencia ósea y evitar realizar abordajes combinados (es decir, por vía nasal y oral de manera simultánea), con el fin de preservar la mayor cantidad de hueso posible y prevenir la formación de una fistula oronasal.

En los casos en que la ubicación del órgano dentario permita tener acceso directo mediante rinoscopia, no consideraremos necesario el uso del endoscopio.

Debido a la dificultad para obtener un cierre primario del lecho quirúrgico, no recomendamos la aplicación de técnicas de regeneración tisular guiada.

## REFERENCIAS

- Medeiros AS, Comide MR, Costa B, Carrara CF, das Neves LT. Prevalence of intranasal ectopic teeth in children with complete unilateral and bilateral cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J 2000; 37(3): 271-3.
- Hsin-Chien C, Jin-Chin L. Intranasal tooth. J Med Sci 2005; 25(5): 255-8.
- Gupta YK, Shah N. Intranasal tooth as a complication of cleft lip and alveolus in a four-year-old child: case report and literature review. Int J Paediatr Dent 2001; 11(3): 221-4.
- Gopalakrishnan R, Koutlas IG, Schauer GM, Schnitker G. Dental (odontogenic) choristoma of the tongue. J Oral Maxillofac Surg 2009; 67(5): 1135-8.
- Smith RA, Gordon NC, De Luchi SF. Intranasal teeth. Report of two cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1979; 47(2): 120-2.
- Krolls SO, Jacoway JR, Alexander WN. Osseous choristomas (osteomas) of intraoral soft tissues. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1971; 32(4): 588-95.
- Moskow BS, Baden E. Gingival salivary gland choristoma. Report of a case. J Clin Periodontol 1986; 13(7): 720-4.
- Mohebbi S, Salehi O, Ebrahimpoor S. Ectopic supernumerary tooth in nasal septum: a case study. Iran J Otorhinolaryngol 2013; 25(72): 183-6.
- Oztürk C, Eryilmaz K, Cakur B. Supernumerary tooth in the nose. Turk J Med Sci 2007; 37(4): 227-30.
- Chen A, Huang JK, Cheng SJ, Sheu CY. Nasal teeth: report of three cases. AJNR Am J Neuroradiol 2002; 23(4): 671-3.
- Arunkumar JS, Prasad KC, Shanthi N. Nasal teeth: a case report. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2007; 59(2): 197-8.



12. Sokolov M, Jecker P, Roth Y. Nasal teeth associated with rhinosinusitis. Rhinology 2004; 42(3): 167-70.
13. Martinson FD, Cockshott WP. Ectopic nasal dentition. Clin Radiol 1972; 23(4): 451-4.
14. Srivastava RP, Pradhan AC, Yadav VNS. Tooth in nasal cavity: a case report of cleft lip and palate. J Indian Dent Assoc 1977; 49: 145-6.

**Solicitud de sobretiros:**

Madeleine Edith Vélez-Cruz  
Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160,  
Col. Magdalena de las Salinas,  
C.P. 07760, Del. Gustavo A. Madero,  
Ciudad de México, México.  
Tel: 57477560, ext. 7250  
Correo electrónico: cmf\_velez@hotmail.com