

Abordaje ortodóntico en un incisivo central superior retenido: Reporte de un caso clínico

*Santos Dzib Alicia Itzel**, *Pérez Traconis Laura Beatriz***, *Zúñiga Herrera Iván***,
*Colomé Ruiz Gabriel Eduardo***, *Betancourt Güemez Antonio Alvaromar***

Resumen

La retención dentaria es una anomalía en el proceso de erupción, en la cual, los dientes permanecen en el interior de los maxilares, pasada su cronología normal de erupción. Su etiología es multifactorial y presenta riesgos asociados como: posible evolución a quistes y alteraciones en la oclusión. **Descripción del caso clínico:** Paciente femenino de 11 años, la madre refiere la falta de una pieza dental. Fue valorada y diagnosticada con dentición mixta, clase molar III bilateral, desviación de la línea media y retención subgingival del OD 1.1. **Plan de tratamiento:** idealmente aparatología fija, sin embargo, tomando en cuenta la capacidad económica del paciente y la correcta posición de la raíz dental, el tratamiento de elección fue ulectomía del OD 1.1 para tracción e integración a la arcada dental mediante aditamento ortodóntico, elásticos y arco lingual. **Discusión:** Olive R. establece que el tratamiento ideal es la exposición quirúrgica del diente y tracción para su apropiada ubicación, previniendo daños colaterales.

Palabras clave: Tracción, retención, incisivo central.

Abstract

Dental retention is an anomaly in the eruption process, in which the teeth remain inside the jaws, past their normal eruption chronology. Its etiology is multifactorial and presents associated risks such as: possible evolution to cysts and alterations in occlusion. **Description of the clinical case:** 11-year-old female patient, the mother reports the lack of a tooth. She was evaluated and diagnosed with mixed dentition, bilateral molar class III, midline deviation, and subgingival retention of OD 1.1. **Treatment plan:** ideally fixed appliances, however, taking into account the economic capacity of the patient and the correct position of the dental root, the treatment of choice was OD 1.1 ulectomy for traction and integration into the dental arch using orthodontic attachments, elastics and lingual arch. **Discussion:** Olive R. establishes that the ideal treatment is surgical exposure of the tooth and traction for its proper location, preventing collateral damage.

Key words: Traction, retention, central incisor.

* Estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán

** Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán

Autor de correspondencia M en O. Laura Beatriz Pérez Traconis. Calle 61A #492A x Av. Itzaes Costado Sur, Parque de la Paz, Col. Centro CP 97000. Mérida, Yucatán, México. laurap@correo.uady.mx

Introducción

La formación de los incisivos centrales superiores permanentes comienza a los 3 o 4 meses de edad y el esmalte se forma en su totalidad entre los cuatro y cinco años, erupciona en promedio a los 7 u 8 años y su raíz queda formada totalmente a los 10 años de edad. Un diente se considera retenido cuando su erupción se ve obstaculizada por otras estructuras como dientes, huesos o tejidos blandos

y este queda alojado en el maxilar y/o mandíbula después del promedio normal de erupción. La retención dental (RD) puede ser intraósea cuando el diente está totalmente rodeado por tejido óseo, y gingival cuando está cubierto solo por mucosa gingival. Actualmente se le denomina síndrome de retención dentaria, debido a que se caracteriza por un conjunto de alteraciones además de la falta de erupción del diente. Según Kolokhita et al. y Becker los incisivos centrales presentan RD en un

0.2%. El diagnóstico temprano y acertado de esta anomalía es necesario debido a la importancia que poseen estos dientes, siendo el incisivo central superior un diente relevante para la estética facial y de la sonrisa, además de su función en el aparato masticatorio.¹⁻⁶

Se puede observar retención en cualquier estructura dentaria, pero según la bibliografía consultada los dientes más frecuentes son, consecutivamente, terceros molares superiores, los caninos maxilares, premolares mandibulares e incisivos centrales maxilares.^{7,8,9}

En México la RD tiene una prevalencia de 13.58%, siendo una de las anomalías más comunes.¹⁰

La etiología es multifactorial, puede asociarse a causas generales como: Deficiencias endocrinas, enfermedades febriles e irradiación. Las causas locales son diversas, las más frecuentes son: Discrepancia de tamaño dental y de longitud del arco, retención prolongada o pérdida prematura del canino deciduo, posición anormal del germen dentario, anquilosis, problemas nasorespiratorios, presencia de una hendidura alveolar, patologías localizadas como quistes, neoplasias, odontomas, etc.^{3,4}

El diagnóstico es basado generalmente en una revisión clínica intraoral y análisis radiográficos. Las radiografías panorámicas son elementos auxiliares que nos permiten realizar un diagnóstico adecuado de anomalías o patologías en la dentición y ambos maxilares (incluyendo estructuras vecinas) proporcionándonos información esencial, siendo una técnica sencilla y rutinaria en la práctica dental. De igual forma, nos ayuda a realizar un examen general de las arcadas dentarias, detectar la presencia de dientes supernumerarios, patología quística, odontomas, malformaciones dentarias coronarias y/o radiculares, determinar la relación

del diente retenido con los dientes proximales, así como con otras estructuras anatómicas (fosas nasales, seno maxilar, conducto dentario inferior, etc.). En caso de los incisivos centrales o caninos retenidos, coadyuva a calcular la altura de la retención dentaria, aunque es difícil precisar su posición palatina y/o vestibular.^{4,10,12,13}

Especialistas también recomiendan el uso de radiografías periapicales, oclusales y complementar con la tomografía axial computarizada con reconstrucción 3D (TAC) para obtener imágenes de estos dientes retenidos, con el propósito de obtener un diagnóstico preciso y diseñar el plan de tratamiento adecuado.^{11,14}

De acuerdo al caso clínico presentado a continuación, el tratamiento ideal es la aparatología fija (brackets) puesto que con ellos se da la adecuada inclinación y torción de la raíz, sin embargo, tomando en cuenta la capacidad económica del paciente y que, en este caso, la raíz del OD se encontraba en buena posición, el tratamiento de elección fue la ulectomía (exéresis de los tejidos que revisten el borde incisal o la cara oclusal de la corona dental) combinada con un arco lingual en la arcada inferior, que contiene un loop de donde se va a soportar el elástico sostenido en el aditamento que se colocará en el OD a traccionar.

Presentación del caso clínico

Se presenta el caso de paciente femenino de 11 años, nacida y residente de Mérida, Yucatán que acude a la clínica de ortodoncia de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la Universidad Autónoma de Yucatán para valoración. La madre refiere la falta de una pieza dental. Durante la anamnesis el tutor comunica ausencia de enfermedades sistémicas, alergias

Figura 1. Fotografías extraorales de diagnóstico



Figura 2. Fotografías intraorales



y no estar bajo tratamiento médico. La paciente fue valorada y diagnosticada con dentición mixta, clase molar III bilateral, clase canina derecha III (decidua) e izquierda no valorable, desviación de línea media y retención subgingival del OD 1.1. Mediante estudios de inicio extraorales se observa paciente dolicocefalo, simétrico, línea media dental superior desviada a la derecha respecto a la facial, perfil recto, labios rectos, tercios faciales desproporcionados (figura 1).

En el análisis intraoral de la fotografía frontal y laterales se observa dentición mixta, líneas medias dentales desviadas (figura 2).

En la radiografía panorámica se observan 36 dientes presentes, dentición mixta, exfoliación fisiológica de múltiples piezas dentales, retención

del OD 1.1 y los terceros molares inferiores están en formación (figura 3).

Tratamiento y seguimiento clínico

La selección del plan de tratamiento se basa en el grado de retención del OD, de cuál se trata y en dónde está ubicado.

Se comenzó con una incisión de forma elíptica de mesial a distal por todo el borde incisal del OD, descubriéndolo en su totalidad. Posteriormente se realizó una ventana hacia apical para exponer parcialmente la corona del OD (figura 4). Pasados siete días, se realizó el protocolo adhesivo para la colocación del aditamento ortodóntico (Botón) que ayudó a traccionar el OD con ayuda de elásticos de ortodoncia. Durante las primeras tres semanas

se utilizaron elásticos intraorales 1/4" de 3 1/2oz y las siguientes semanas se utilizaron elásticos de 1/8" para terminar de llevar el OD a su línea de oclusión. El objetivo de manejar fuerzas ligeras y los números de onzas anteriormente descritos es tratar que el movimiento dental se asemeje lo más posible a una erupción fisiológica, para que los tejidos (encía adherida y marginal) se desplacen congruentemente al diente y evitar la formación de un defecto periodontal.

Se lograron los resultados a los 4 meses de haberse iniciado el tratamiento, el cual fue con manejo interdisciplinario: Cirugía y ortodoncia. En el postoperatorio la paciente no presentó molestia ni sintomatología. Al finalizar el tratamiento se observa incisivo central superior erupcionado, por lo que, el tratamiento ortodóntico fue exitoso (figura 5).

Discusión

En los casos de fibrosis de la mucosa gingival, el diente permanente puede perder la fuerza eruptiva, obstaculizado por una barrera de tejido mucoso sobre su superficie oclusal o incisal. Aparentemente, el germen del diente permanente no es capaz de perforar ese tejido mucoso. Con el objetivo de liberar el camino para que el diente pueda ocupar su posición en el arco dental, el odontopediatra puede realizar un procedimiento quirúrgico, conocido como ulectomía.¹⁴

La estrategia de descubrimiento pre-ortodoncia evita algunas de las secuelas como la formación de quistes, problemas masticatorios y en la autoestima del menor. Produce varios beneficios adicionales para el paciente como reducir el tiempo de duración que el paciente usa aparatos ortodónticos.^{3,12}

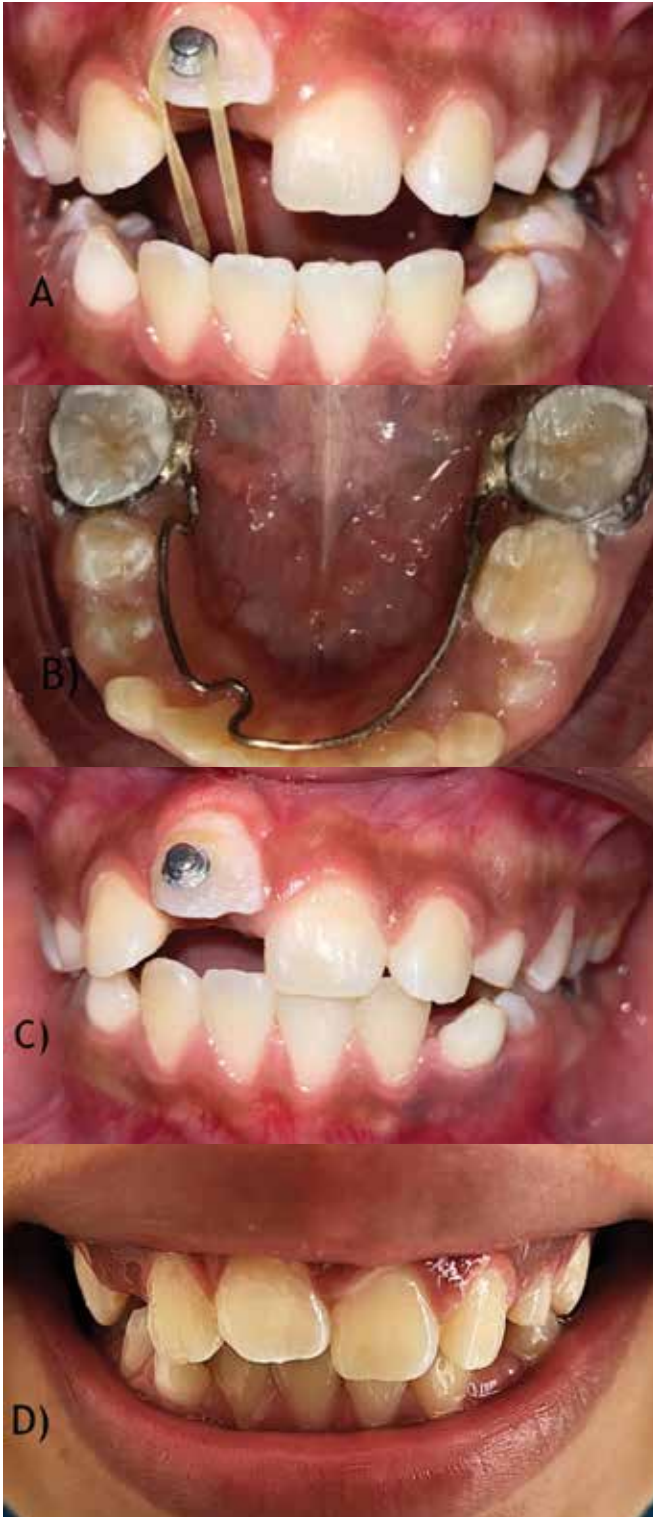
Figura 3. Radiografía panorámica



Figura 4. Procedimiento quirúrgico. Exposición parcial de la corona dental.



Figura 5. Evolución del tratamiento. Colocación de aditamento ortodóntico y elástico (A), arco lingual con el loop de donde se sostiene el elástico (B), fotografía de control 6 semanas (C), retiro de aparatología (D).



Olive R establece que existen diferentes opciones de manejo para las retenciones dentales dependiendo de la severidad, ubicación y edad. El tratamiento debe realizarse de manera prematura y lo ideal para estos casos es la exposición quirúrgica del diente y tracción para su apropiada ubicación, previniendo daños colaterales.^{15,16}

Referencias

1. Henández Hernández I. Cronología de la odontogénesis y edad dentaria en niños de la Comunidad de Madrid cambios seculares. [Tesis doctoral]. Madrid: Facultad de ciencias de la Salud. Departamento de ciencias médicas y quirúrgicas. Universidad de las Palmas; 2013.
2. Paz Cortés M. Maduración y desarrollo dental de los dientes permanentes en niños de la comunidad de Madrid. Aplicación a la estimación de la edad dentaria. [Trabajo de investigación]. Madrid: Facultad de Odontología. Departamento de profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. Universidad Complutense; 2011.
3. Orozco Estrada E, Gurrola Martínez B, Casasa Araujo A. Tracción de canino maxilar izquierdo impactado con botón bondeable, ligadura metálica y Cadena elastomérica. *Int J Odont.* 2017;11(1):77-82.
4. Vázquez DJ, Gandini PC, Carvajal EE. Quiste dentífero: diagnóstico y resolución de un caso. *Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol.* 2008;24(6):359-364.
5. Beltrán Varas VJ, Bengoechea PF, García Alarcón N, Cantín M, Fuentes Fernández R. Abordaje quirúrgico de un canino maxilar impactado en posición vestibular para tracción ortodóntica: Reporte de caso y revisión de la Literatura. *Int J Odontostomat.* 2011;5(3):220-26.
6. Del Rosario Vega AM; Gurrola Martínez B; Casasa A. La tracción de un incisivo central superior y un canino retenido, caso clínico. *Rev Lat Ort Odontop.* 2018.
7. Dutú Muzas A. Estudio epidemiológico de las retenciones dentarias en una muestra de 2.000 pacientes. [Tesis doctoral]. Madrid: Facultad de Odontología. Departamento de medicina y cirugía oral. Universidad Complutense de Madrid; 2012.

8. Herrera Atoche JR, Diaz Morales SM, Colomé Ruiz GE, Escoffié Ramírez M, Orellana MF. Prevalence of dental anomalies in a Mexican population. *Dentistry* 3000. 2014;2(1):2-5.
9. Kaczor-Urbanowicz K, Zadurska M, Czochrowska E. Impacted Teeth: An Interdisciplinary Perspective. *Adv Clin Exp Med*. 2016;25(3):575-85.
10. Vazquez D, Hecht P, Martínez M.E. Frecuencia de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas - Presentación de un estudio en 1000 pacientes. *AOV*. 2012;50(1).
11. Herrera-Atoche JR, Agüayo de Pau MR, Escoffié Ramírez M, Aguilar Ayala FJ, Carrillo Ávila BA, Rejón Peraza ME. Impacted maxillary canine prevalence and its association with other dental anomalies in a Mexican population. *Int J Dentistry*. 2017;2(1):1-4.
12. Aguana K, Cochen L, Padrón L. Diagnóstico de caninos retenidos y su importancia en el tratamiento ortodóncico. *RLOOP*. 2011.
13. De Borjas EA. Canino superior retenido: su recuperación ortodóncica-quirúrgica. *RLOOP*. 2006;45(3).
14. Clavería Clark RA, Ricardo Reyes M, Peña Sisto M. Hiperplasia gingival fibrosa asociada a incisivo central superior retenido. *Rev Inf Cient*. 2020;99(2):160-167.
15. Peña Raza CP, Estrada Macías AL, Ortiz Sánchez D. Métodos para tracción de dientes incluidos. Reporte de casos. *RLOOP*. 2017.
16. Olive R. Factors influencing the non-surgical eruption of palatally impacted canines. *Aust Orthod J* 005;21(2):95-101.
17. Wanderley Garcia de Paula e Silva F, Mussolino de Queiroz A, Adriana Sasso Stuani A, Nelson-Filho P, Kranya Díaz-Serrano V. Ojal quirúrgico (Ulectomía) ¿Cuándo y cómo realizarlo? Reporte de 3 casos clínicos. *AOV*. 2008;46(3).