

Presentación de Caso

Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez. Departamento Ortodoncia. Calixto García. Holguín.

Presentación del tratamiento a un paciente con retención dentaria.

Presentation of a Treatment for Dental Retention Patient.

Jacqueline Medrano Montero¹, Noris Ávila Ávila²

- 1 Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Aspirante a Dr. en Ciencias Médicas. Jefe Departamento Ortodoncia. Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez. Calixto García. Holguín.
- 2 Técnica de Atención Estomatológica. Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez. Calixto García. Holguín.

RESUMEN

Se presentó un paciente con un incisivo central superior izquierdo retenido (21). Se planteó el plan de tratamiento y se describió la técnica, la aparatología empleada para la tracción del mismo, teniendo en cuenta la necesidad de un tratamiento integral en estos casos. Se logró combinar las técnicas quirúrgicas y ortodóncicas para lograr el reposicionamiento dentario.

Palabras clave: retención dental, maloclusiones, diente retenido, diente incluido.

ABSTRACT

A case was reported of a patient with retention of the upper central left incisor (21). The treatment and orthodontic technique for traction were described; taking into account the necessity of an integral treatment. Surgical and orthodontic techniques were applied in order to obtain tooth repositioning.

Key words: dental retention, malocclusions, retained tooth, including tooth.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los padecimientos en Salud Bucal. ⁽¹⁾ Entre ellas la retención dentaria es una de las más frecuentes, definiéndose como todo diente que llegada la época normal de erupción se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el maxilar sin erupcionar. ^(2,3)

Se conocen otros términos como el de diente incluido o impactado, para denominar a aquellos que presenten cierta anomalía en su posición o situación que le impide erupcionar normalmente y que están rodeados del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto. Por el contrario, enclavamiento, es aquel diente retenido que ha perforado el techo óseo con apertura o no del saco pericoronario y que puede hacer su aparición en boca o mantenerse submucoso. ^(2,3)

Estas retenciones pueden encontrarse en distintos lugares de la cavidad bucal como palatina, lingual y vestibular, así como por su posición tiene múltiples denominaciones. Existen factores que intervienen en la retención dentaria según la época de erupción, situación, origen, anomalías o tal vez factores mecánicos provocados por la falta de espacio, exodoncias prematuras, traumas, supernumerarios, quistes u otras alteraciones que impiden una erupción o cambio fisiológico. Puede estar afectado también por enfermedades metabólicas relacionadas con metabolismos que intervienen en la erupción. ⁽²⁻⁶⁾

Todos los dientes incluidos con valor estético y funcional deben colocarse en la arcada, siempre que esto no exija maniobras peligrosas para los dientes vecinos y tengamos o podamos obtener el espacio adecuado para ubicarlo.

Las piezas dentarias incluidas pueden ocasionar lesiones en los dientes vecinos, infecciones o quistes y representan un problema delicado por sus implicaciones funcionales y estéticas. ^(3,4)

El ortodoncista dispone de varias posibilidades terapéuticas, pero para lograr el éxito es indispensable diagnosticar la impactación dentaria de forma precoz. Los dientes que se encuentran más frecuentemente incluidos son los terceros molares inferiores y superiores, luego le siguen los segundos premolares inferiores, los caninos superiores, los incisivos centrales superiores, etc. ⁽³⁾ Se habla de una incidencia de 0,9 a 2% hasta un 7% en individuos mayores de once años.

La reubicación dentaria es una técnica recomendada cuando el diente incluido tiene al menos dos tercios de raíz formada. Con las raíces completamente formadas las

posibilidades de éxito decrecen. Su finalidad se basa en mover quirúrgicamente el diente incluido hasta su posición normal en el arco pero manteniendo la vitalidad pulpar. En esencia, se basa en variar la inclinación del eje mayor de un diente retenido sin dañar su paquete vasculonervioso, puede combinarse dicho tratamiento con movimientos ortodóncicos ya sea con aparatología fija o removible y debe contarse siempre con la cooperación del paciente. ^(1, 7,8)

Estas consideraciones nos motivaron para confeccionar el presente reporte como modo de resaltar la necesidad del trabajo interdisciplinario en muchos de nuestros pacientes de acuerdo con criterios personales y de otros autores en la literatura revisada ⁽⁹⁾. La paciente procede del servicio de consulta de Ortodoncia de la Clínica René Guzmán Pérez del municipio de Calixto García.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente YMB, femenina, mestiza de 26 años de edad con antecedentes de buena salud que acude a consulta porque “no le ha salido un diente”.

Al interrogatorio refirió que de niña sufrió un trauma en la zona anterior y que provocó cambio de coloración en los dos centrales temporales. Después de mudar los dientes “ese” nunca le salió y está preocupada porque se le ve feo.

Al examen físico se observó dentición permanente completa, con ausencia clínica de 21 y espacio de ± 5 mm entre 11 y 22, este último en mesoversión; relación molar bilateral de neutroclusión, resalte ± 3 mm y sobrepase de 2 mm (anexo 1A). En radiografía panorámica realizada (anexo 1B) se observó 21 retenido, en buena posición, con espacio ligeramente comprometido para su correcta ubicación y existencia de ± 1 mm de tejido óseo y gingival cubriendo borde incisal del diente.

Luego de conversar con la paciente detenidamente y de explicar la conducta a seguir, control de la higiene bucal, control de placa dentobacteriana y estudios de laboratorio, se colocó aparatología ortodóncica fija con soportes de canto y se remitió a Consulta de Máxilo Facial para tratamiento quirúrgico donde se realizaría entorchamiento del 21 a nivel cervical.

Pasados 15 días del acto quirúrgico, se fijó arco redondo ideal de 0,45 m/m/0,18” Super special spring hard, ligando 22 y 23 juntos, para cerrar espacio existente entre estos y enderezar 22. Además, se ligó porción de alambre del 21 traicionándolo con fuerza ligera. El seguimiento fue quincenal para observar evolución de la paciente. Alrededor del segundo y medio mes de comenzada la tracción se observó en

cavidad bucal el tercio incisal del diente brotado, colocándose entonces un botón para continuar la tracción.

Cuando el diente hubo brotado lo suficiente se colocó bracket en el centro de la corona en sentido mesio-distal y se ligó este diente al arco con ligadura elástica. A los seis meses de tratamiento el 22 estaba correctamente alineado comenzándose la fase de contención, que se realizó con la misma aparatología fija, ligando arco ideal.

Se comprobó que no existieran interferencias oclusales o puntos de contactos prematuros generados por el movimiento ortodóncico y se tallaron los ángulos incisales del diente reubicado para asemejarlo al 21, que por el tiempo de brotado había sufrido desgastes. (Anexo 1C)

DISCUSIÓN

La retención dentaria está entre las enfermedades quirúrgicas más frecuentes tratadas por el cirujano maxilofacial, ⁽⁶⁾ y en muchas ocasiones requiere tratamiento combinado quirúrgico-ortodóncico. Siempre se debe ser prudente en la elección del tratamiento, pues existen factores relacionados con el paciente, como la motivación que seamos capaces de crearle al explicarle que este tipo de tratamiento necesita de una estrecha colaboración para conseguir un resultado eficaz ^(2.) Además, debe ser informado de la duración, la posibilidad de múltiples intervenciones e incluso cambios continuos de aparatología ortodóncica, con el objetivo de modificar y orientar la posición dentaria.

El diagnóstico y tratamiento de las piezas retenidas se hace necesaria con el fin de evitar complicaciones posteriores que comprometan la integridad del arco dental. Para tal fin se plantea un trabajo multidisciplinario que abarque desde la evaluación temprana de la pieza hasta que ésta se encuentre en perfecta alineación en el arco, utilizando los servicios de Atención Primaria, Cirugía y Ortodoncia (como una primera fase). Las opciones de tratamiento van a depender mucho del tipo de retención (bucal o palatina), la severidad de la misma y la edad. ⁽³⁾

La mayoría requiere de una intervención quirúrgica, remoción, exposición o transplante; con o sin tracción ortodóncica.

En nuestro caso, la retención dentaria se ubicó en el sector antero superior y se requirió obtención de espacio suficiente mesio-distalmente para ubicar el diente retenido y su fijación para realizar tracción por medio de aparatología ortodóncica fija

hasta lograr su alineación correcta; este tipo de aparatología se seleccionó y se tuvo en cuenta la cooperación de la paciente, la edad de la misma y el movimiento a realizar.

Solvellida y colaboradores ⁽³⁾, plantean similares consideraciones para el tratamiento de piezas dentales retenidas. La fijación o contención se realizó con la misma aparatología fija, completándose el tratamiento en un tiempo de siete meses, esto coincidió con lo planteado por otros autores ⁽³⁾ que plantean hay que calcular un tiempo promedio aproximado de tratamiento del diente retenido e incluido entre 6 a 12 meses y la alta frecuencia de dientes retenidos en el sector anterosuperior (3%).

(11)

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Vega LD. REUBICACIÓN DENTARIA. PRESENTACION DE UN CASO. www.odontologia-online.com. Visitado en enero 2008-01-26
2. Felipe Garmendía AM, González Longoria R, Clausell Ruiz M, Bastarrechea M, Correa Mozo B. Retención dentaria. Rev Cubana Ortod 2000; 15(2):82-5. <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15-200/or07200.htm>.
3. Soldevilla Galarza LC, Orellana Manrique O, Rodríguez Varas EL. DESINCLUSIÓN DE DIENTES RETENIDOS MEDIANTE APARATOLOGÍA REMOVIBLE. Odontología Sanmarquina 2003; 6 (12): 41-45
4. Ugalde FJ. Clasificación de caninos retenidos y su aplicación clínica. Revista ADM 2001; LVIII (1):21-30.
5. Post subject: Quick question on dental retention. Posted: Tue Aug 31, 2004 9:23 am. <http://www.tportho.com/forum/viewtopic.php>.
6. Del Valle SC, Guerrero CA, Von Einem B, Rojas A, Rivera H. MANEJO QUIRÚRGICO-ORTODÓNCICO DE DIENTES RETENIDOS ASOCIADOS A QUISTES DENTIGEROS EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS EN VENEZUELA. http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/dientes_retenidos_antero_superiores.asp
7. Rodríguez Calzadilla OL. Municipio Güines exéresis de implantaciones dentarias complejas. Presentación de 3 casos. Rev Cubana Estomatol v.36 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 1999

8. Beltrán-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF et al. Surveillance for Dental Caries, Dental Sealants, Tooth Retention, Edentulism, and Enamel Fluorosis --- United States, 1988--1994 and 1999—2002. August 26, 2005 / 54(03); 1-44.
9. Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodoncia: Principios generales y Técnicas. 3ra ed. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana, 2003.
10. Paredes M., Mendoza J., Casasa A., Gurrola B. Dientes retenidos antero-superiores, relación de la clase esquelética, en pacientes de 8 a 25 años. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica noviembre 2006. Obtenible en: www.ortodoncia.ws

ANEXOS



ANEXO 1 A

Fotografía de frente donde se observó ausencia clínica de 21.



ANEXO 1 B

Rx Panorámica donde se observó diente retenido, en buena posición y con falta de espacio para su ubicación correcta.



ANEXO 1 C

Resultado del tratamiento de ortodoncia

Correspondencia: Dra. Jacqueline Medrano Montero Frexes 242 e/ Pepe Torres y M. Gómez.Holguín.Cuba.CP80100 Teléfono422491 Correo electrónico: medrano@ucm.hlg.sld.cu

