

# Desinclusión de Dientes Retenidos mediante Aparatología Removible

Luciano Carlos Soldevilla Galarza<sup>1</sup>, Oriel Orellana Manrique<sup>2</sup>, Elizabeth Lorena Rodríguez Varas<sup>3</sup>.

RESUMEN

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 Odontopediatría y Cirugía (como una primera fase). La tracción ortodóncica con aparatos removibles, posterior a la exposición quirúrgica puede ser única o proponerse como la primera parte de un tratamiento más complejo de acuerdo a las necesidades de cada paciente. En el presente artículo se propone un resumen teórico y la presentación de un caso clínico de un paciente que llegó al servicio de la Facultad el año 2002.<sup>(6, 12)</sup>

**Palabras clave:** Canino retenido, exposición quirúrgica, tratamiento ortodóncico, aparatos removibles.

ABSTRACT

The diagnostic and treatment of the pieces held its necessary, to avoid later complications that could endanger the dental arc integrity. Therefore we are planning a multidisciplinary work that will include an early evaluation of the piece until the arc will be in perfect lineup using the Odontopediatrics and Surgery services (as a first stage). The traction orthodontic with removing devices; later to the surgery exposition could be unique or propose like the first part of the treatment more complex in agreement with the necessity of each patient. In this article we propose a short theory and the proposal of one clinic case of patient who arrived to the service of the Faculty in 2002.

**Key words:** Hold canine, surgery exposition, treatment orthodontic, removing devices.

## INTRODUCCIÓN

Las piezas dentarias incluidas pueden ocasionar lesiones en los dientes vecinos, infecciones o quistes y representan un problema delicado por sus implicancias funcionales y estéticas.<sup>(2)</sup>

El ortodoncista dispone de varias posibilidades terapéuticas, pero para lograr el éxito es indispensable diagnosticar la impactación dentaria de forma precoz.<sup>(2)</sup>

## DEFINICION

En forma general se entiende por diente retenido a un trastorno parcial o total de la erupción del diente permanente, el cual permanece más tiempo de lo normal en el tejido óseo.

Se define como pieza dentaria «incluida», a un diente que se mantiene en los tejidos osteomucosos mas allá del período de erupción fisiológica y que se encuentra

impedido de erupcionar por hueso o dientes adyacentes con su formación radicular completa; y como «no erupcionado» a la pieza dentaria durante el periodo fisiológico de pre erupción con su formación radicular incompleta.<sup>(1, 6)</sup>

## INCIDENCIA

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.

Se habla de una incidencia de 0.9 – 2% hasta un 7 % en individuos mayores de once años.

Por lo tanto los caninos ectópicos representan los terceros dientes más frecuentemente incluidos y retenidos. Estos se localizan en el 60% de los casos en el paladar, en el 30% hacia vestibular y en el 10% en posición intermedia.

Ocurre más comúnmente en mujeres (1.17%) que en hombres (0.51%)<sup>(3, 8, 9)</sup>

<sup>1</sup> Profesor Auxiliar del Departamento Académico de Estomatología Pediátrica

<sup>2</sup> Profesor Principal del Departamento Académico de Estomatología Pediátrica

<sup>3</sup> Alumno de 5º año de la Facultad de Odontología UNMSM

## ETIOLOGÍA

Entre los factores etiológicos de impactación de caninos se mencionan:

- Causas Generales:
  - Enfermedades febriles
  - Desordenes endocrinos (carencia de hormona somatotrópica o tiroidea)
  - Hipovitaminosis (de vitamina A, B1, B6 y D)
  - Sífilis congénita
  - Anquilosis del ATM
  - Irradiación
  - Herencia
- Causas Locales
  - Falta de espacio: por una relación dentoalveolar alterada, malposición de los dientes adyacentes, pérdida precoz del diente deciduo
  - Anomalías de forma (curvaturas radiculares ocasionadas por traumas en la infancia durante el desarrollo del germen dentario).
  - Permanencia prolongada, mas allá del termino fisiológico, del diente deciduo
  - Presencia de obstáculos eruptivos como los odontomas, mesiodens, dientes supernumerarios, etc.
  - Posición anormal del germen dentario.
  - Presencia de una hendidura en el alveolo.
  - Procesos tales como quistes, tumores, etc.
  - Determinaciones genéticas. <sup>(1,3,4,9)</sup> según estudios (Jacoby 1983), la retención labial en un 83% de los casos es por falta de espacio, mientras que el 85% de los caninos con retención palatina tiene espacio suficiente. <sup>(9)</sup>

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico y la localización de una pieza dentaria incluida puede ser casual, es decir que se sucede durante estudios radiológicos realizados con otra finalidad. <sup>(4)</sup>

Dentro de los signos clínicos tenemos: incisivos laterales inclinados o rotados, diastema entre centrales y laterales, ausencia congénita de incisivos centrales y laterales incisivos laterales cónicos, rotación labial; que indica retención por palatino. Un signo importante de la existencia de dientes permanentes retenidos e incluidos puede ser el retraso significativo de la erupción de un diente o dientes temporales. No obstante, antes de diagnosticar un trastorno de erupción, hay que determinar si el paciente coincide con la edad normal en cuanto a su desarrollo dental, es decir, debe tomarse en cuenta la edad "normal" de erupción de los dientes. Resulta útil la comparación de los cuadrantes derecho e izquierdo en cuanto a la erupción de los dientes, donde no deberían existir mayores diferencias de tiempo. <sup>(9)</sup>

Por lo tanto es oportuno efectuar un cuidadoso estudio radiográfico cada vez que se sospeche la presencia de una pieza incluida. <sup>(1)</sup>

## EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA

El propósito del examen radiográfico es:

1. Verificar la presencia del diente impactado
2. Evaluar la morfología y estructura del diente impactado
3. Asegurarse que no hay obstáculos para la desinclusión ortodóncica
4. Localizar exactamente el grado de inclusión y la localización exacta de los dientes retenidos.

## MÉTODO RADIOGRÁFICO PARA SU LOCALIZACIÓN

1. Radiografía intraoral orientando el cono en forma perpendicular a la zona en estudio (ortoradial)
2. Radiografía intraoral según técnica de «Tube shift» (o técnica de Clark); cono con angulación de 45° en mesial y distal
3. Radiografía intraoral oclusal (horizontal)
4. Radiografía ocluso-axial. (solo en maxilar superior).
5. Radiografía extraoral (antero-posterior)
6. T. A. C.

El agrandamiento de la imagen radiográfica en una panorámica también es importante para verificar la ausencia de anquilosis, en cuyo caso el tratamiento ortodóncico puede ser muy difícil o imposible. <sup>(1,3,10)</sup>

Radiográficamente se puede definir la anquilosis por la ausencia de ligamento periodontal (línea radiolúcida) que es un signo de la fusión del cemento con el hueso alveolar.

## OPCIONES DE TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento van a depender mucho del tipo de retención (bucal o palatino), la severidad de la misma y la edad.

La mayoría requiere de una intervención quirúrgica, remoción, exposición o trasplante; con o sin tracción ortodóncica. <sup>(6)</sup>

Normalmente se requiere dos tipos de tratamiento: exposición simple o exposición con la colocación de un aparato ortodóncico después de la cirugía. <sup>(8)</sup>

Este tratamiento debe ser realizado tempranamente para prevenir daños a los dientes adyacentes.

El pronóstico de este tipo de tratamiento va a depender de diversos factores tales como: la posición del diente

retenido en relación con los dientes adyacentes, angulación, distancia que el diente debe ser movido, dilaceración radicular y posible presencia de anquilosis y reabsorción radicular. (6)

### CONSIDERACIONES PERIODONTALES

En estudios anteriores se observó que el soporte periodontal se redujo en los casos de cirugías con remoción de tejidos mas allá de la unión cementoamélica por lo tanto es muy importante preservar la encía queratinizada y desplazar parte de tejido hacia apical para asegurar que el diente tenga una banda de encía queratinizada rodeándolo y no comprometer esta unión de lo contrario se puede llevar a recesiones mucogingivales y pérdida de hueso alveolar. Otra de las consecuencias es la inflamación del tejido mucoso.

De acuerdo a esto lo que se recomienda es facilitar la cicatrización rápida por primera intención haciendo innecesaria la colocación de cemento quirúrgico. (9)

### TRATAMIENTO ORTODÓNCICO-QUIRÚRGICO (TIEMPOS)

1. Obtención, si no lo hay, del espacio suficiente para la ubicación del diente retenido.
2. Liberación de la corona dentaria y fijación de un medio de anclaje (aditamento de adhesión directa). Fig. 1
3. Tracción del diente por métodos ortodóncicos hasta su colocación en la arcada.

### DISCUSIÓN

- Es indispensable conocer la localización de caninos retenidos e incluidos antes de su exposición quirúrgica. (3)
- En este artículo se recomienda el uso de aparatos removibles para traccionar caninos retenidos tanto por labial como por palatino a pesar de las desventajas que pueden tener como; la colaboración del paciente, control limitado del movimiento en caso de requerir movimientos radiculares y la inhabilidad para tratar maloclusiones complejas, sin embargo esto no puede ser una causa para no utilizarla en los casos donde se den las condiciones favorables; además que por ser mucodentosoportada evita las fuerzas de reacción deletéreas para las estructuras adyacentes, como la reabsorción de laterales y centrales. (6, 11, 13)

### CONCLUSIONES

- La alineación de los dientes incluidos únicamente con aparatología fija significa más tiempo en ellos (tiempo de tratamiento normal más tiempo de alineación), por lo tanto es recomendable comenzar el tratamiento con aparatos removibles y terminar el ajuste final con aparatos fijos. Hay que calcular un tiempo promedio aproximado de tratamiento del diente incluido y retenido entre 6 a 12 meses. (6)

### BIBLIOGRAFÍA

1. Angelo Moltola, Silvia Malerrari, (1998/1999) «Abordaje quirúrgico y clasificación de las piezas dentarias incluidas», Journal de Clínica en Odontología, 14 (6): 68-73
2. Cosme Gay Escoda, Pedro Ruiz Mirete, (1988) «Tratamiento de las Piezas Dentarias Incluidas». Actualidad en Estomatología, XLVIII (371): 27-35
3. Andreas Filippi (1997) «Radiografía oclusal - axial en el maxilar superior. Una posibilidad mas para determinar la localización de dientes incluidos». Quintessence, 10 (5) : 316-319
4. Harry Jacoby, D.M.D. Geneva, Switzerland, (1983) «The etiology of maxillary canine impactions». AJO-DO. Aug. 125-132.
5. Ulrike Grohmann (2002) «Aparatología en Ortopedia Funcional». 1ra edición. Amolca.
6. Mariaca de Botero, L., Botero Mariaca P. (2002) «Una Técnica sencilla de distalización de caninos retenidos. Rev. de la Facultad de Odontología». Universidad De Antioquia, <http://chami.udea.edu.co/publicaciones/6-vol13-2-2002.html>
7. Fournier, D.M.D., Jean - Yves Turcotte, D.D.S., C.D., and Christian Bernard, D.D.S., M.S. (1982) «Orthodontic consideration in the treatment of maxillary impacted canines», AJO-DO . Mar. 236-239
8. Michael H. Pearson, Stephen N. Robinson, Ray Reed, David J. Bernie, E. Graeme A. Z. aki (1997) «Tratamiento de caninos impactados por palatino: Os resultado de um estudo em conjunto». European Journal of Orthodontic. 19 (5): 1- 5
9. Mariaca de Botero, L., Botero Mariaca Paola (2002) «Diagnóstico y tratamiento temprano de la malposición intralveolar de caninos permanentes». Rev. de la Facultad de Odontología. Universidad De Antioquia, <http://chami.udea.edu.co/publicaciones/5-vol13-2-2002.html>
10. Ricardo Morán R. (1992) «Análisis e interpretación radiográfica de premolares incluidos en vestíbulo y linguoversión». Rev. De la Facultad de odontología. Universidad de Valparaíso-Chile. 1 (2): 71- 77
11. Mc Donald Ralph, Avery David (1990) «Odontología Pediátrica y del Adolescente». 5ªed. Argentina. Editorial Medica Panamericana.717 - 718
12. Radi Londoño José, Villegas Acosta Flor Ángela (2002) «Protocolo Quirúrgico para el manejo Interdisciplinario de Caninos Retenidos en el Maxilar Superior». Rev. de la Facultad de Odontología. Universidad De Antioquia, <http://chami.udea.edu.co/publicaciones/6-vol13-2-2002.html>
13. Graber T. M. (1974) «Ortodoncia» 1º ed. Española. México. Nueva Editorial Interamericana. 767.

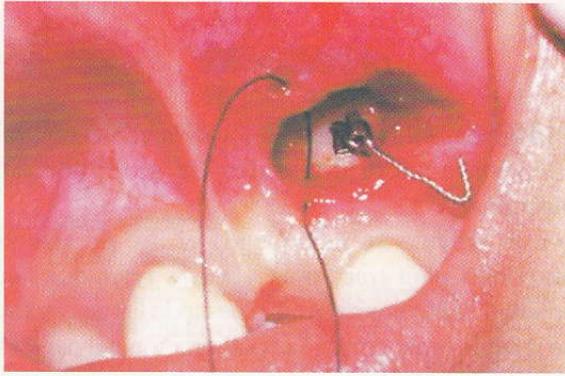


Fig.1 Adhesión del aditamento y adaptación de ligadura metálica con un asa.

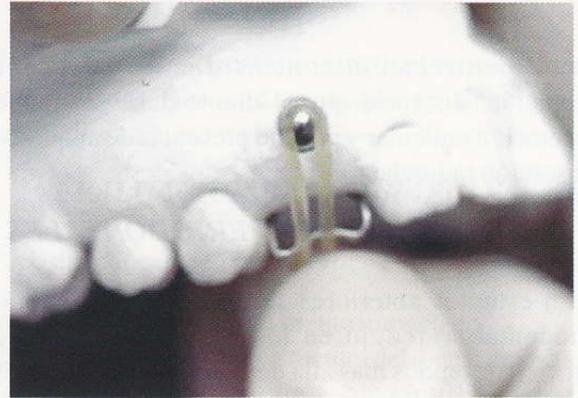


Fig.5 Tracción elástica simulada con elástico de 1/8 de pulgada.

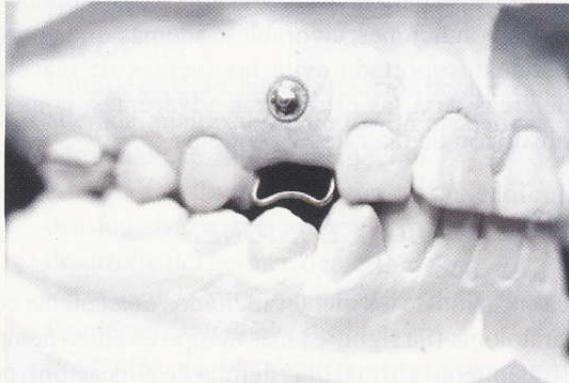


Fig.2 Alambre guía a nivel alveolar en 0.8mm



Fig.6 Tracción elástica.

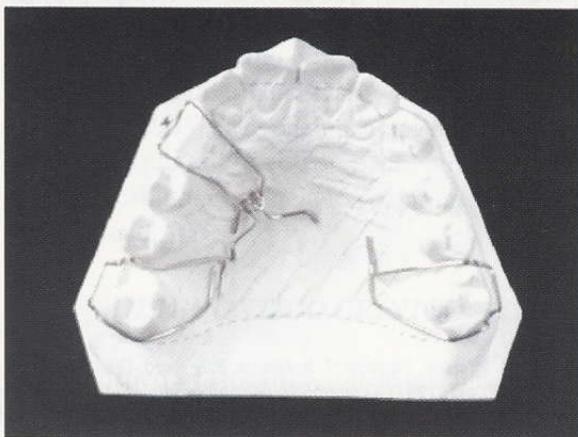


Fig.3 Ganchos Adams como elementos de retención de la placa.

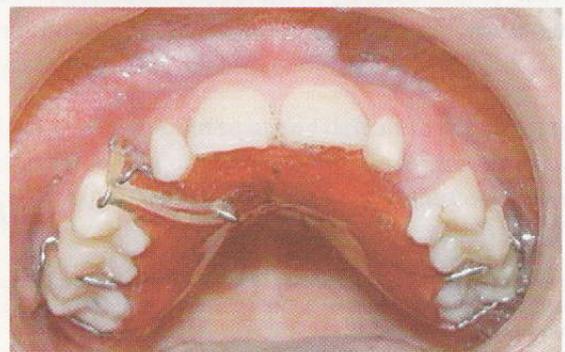


Fig.7 Utilidad del alambre guía.

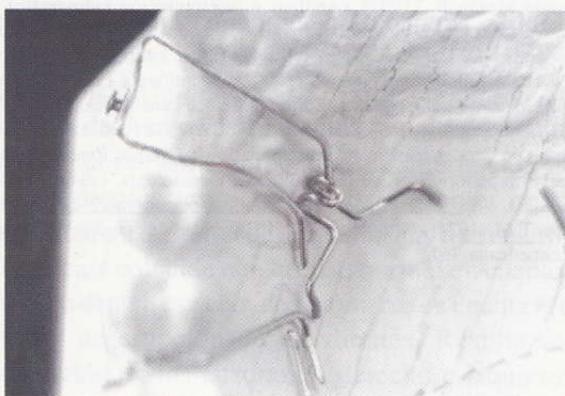


Fig.4 Gancho metálico palatino en alambre 0.7 mm



Fig.8 Canino en proceso de desinclusión. Nótese el botón adherido y la ligadura metálica con un asa en 0.012"

ARTÍCULO DE INTERÉS CIENTÍFICO



Fig.9 Caso encaminado.

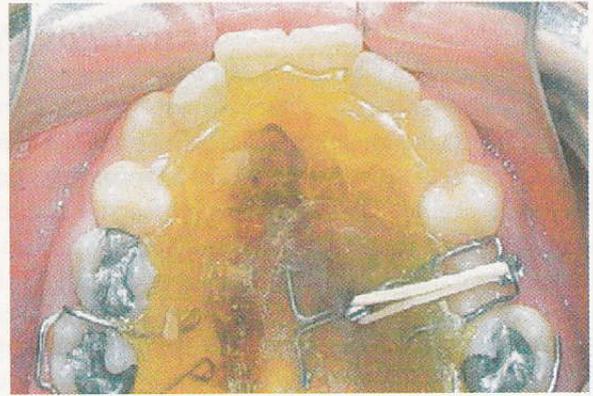


Fig. 13 Tres meses después de instalada la placa.



Fig.10 Caso en la que se presenta un alambre guía regulable.

### REPORTE DE UN CASO

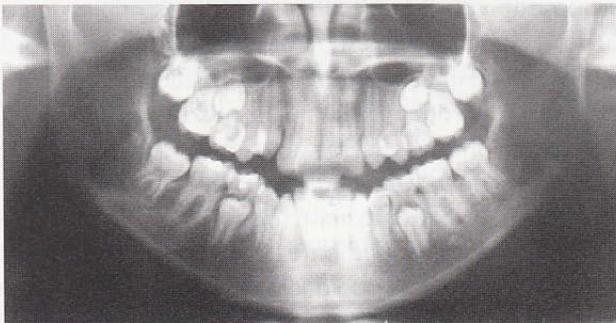


Fig. 11 Radiografía panorámica

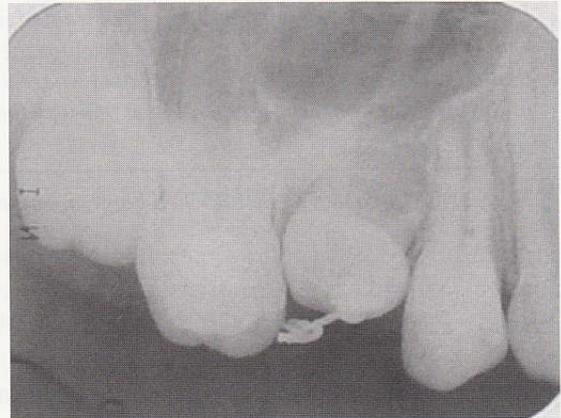


Fig.14 Control radiográfico a los 4 meses.

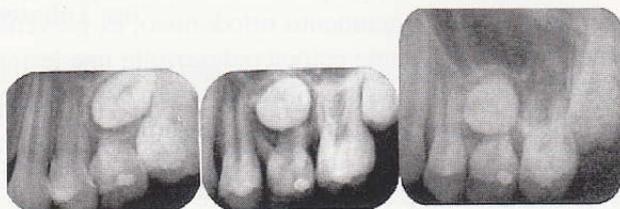


Fig.12 Técnica de paralaje que nos determina la posición de la corona hacia bucal.



Fig. 15 Control fotográfico a los 4 meses y medio. Nótese la giroversión de la pieza.