

Corrección periodóncica ortodóncica de diente retenido

Periodontics orthodontics treatments of retained teeth

Armando Badía González¹ <https://orcid.org/0000-0002-9248-7674>

Zoraida Carracedo Rabassa¹ <https://orcid.org/0000-0003-0787-5961>

Yuliet Bárbara Méndez de Varona¹ <https://orcid.org/0000-0002-0413-1062>

Yamilet Peña Marrero^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4762-5051>

Tamara Batista Sánchez¹ <https://orcid.org/0000-0003-2977-8011>

¹Policlínico Pedro Díaz Coello. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: yamilehlg@infomed.sld.cu

RESUMEN

Un diente retenido no erupciona en la arcada dentaria dentro del intervalo de tiempo esperado. El diente queda retenido porque los dientes adyacentes, un hueso demasiado denso, un exceso de tejidos blandos o alteraciones genéticas impiden la erupción. La frecuencia de la retención de incisivos centrales superiores es del 4%, que es relativamente muy baja en comparación con la frecuencia del tercer molar (35%) y de los caninos (34%). A la consulta de Periodoncia del Policlínico Pedro Díaz Coello de Holguín, Cuba, acudió un paciente masculino de 11 años de edad con los dientes 11 y 21 retenidos. Se decide realizar tratamiento quirúrgico para descubrir la corona por el periodoncista, colocar aparatología ortodóncica para tratar de lograr la oclusión adecuada, llevando los dientes a la línea de oclusión y realizar gingivoplastia. En la actualidad se sigue en consulta con resultados satisfactorios.

Palabras clave: diente retenido, brote, arcada dentaria.

ABSTRACT

An impacted tooth does not erupt into the dental arch within the expected time. The tooth is retained because adjacent teeth, too dense bone, an excess of soft tissues, or genetic alterations hinder eruption. The frequency of upper central incisor retention is 4%, which is relatively very low compared to that in third molar (35%) and in canines (34%). An 11-year-old male patient, with retained teeth 11 and 21, came to the periodontics consultation at Pedro Díaz Coello Polyclinic in Holguín, Cuba. Surgery was performed by the periodontist to uncover the crown, place orthodontic appliances to try to achieve proper occlusion, bringing the teeth to their right position and perform gingivoplasty. Nowadays, the patient continues follow-up consultation, with satisfactory results.

Keywords: impacted tooth, eruption, dental arch.

Recibido: 27/03/2021.

Aprobado: 06/04/2021.

Introducción

Los dientes son elementos importantes en la apariencia facial, estética dental, desarrollo del arco dental y la oclusión funcional.⁽¹⁾ La erupción de los dientes permanentes forma parte de una compleja serie de acontecimientos controlados genéticamente. A través de estos fenómenos, un germen se desarrolla y el diente erupciona en la arcada en su posición funcional según los tiempos establecidos. Sin embargo, durante este proceso evolutivo, pueden ocurrir numerosos acontecimientos que pueden interferir en la erupción dentaria, provocando la inclusión, que es un cuadro clínico muy frecuente.

Los dientes retenidos son aquellos cuya erupción está detenida total o parcialmente. La retención dentaria es más común en la dentición permanente que en la temporal.⁽²⁾ La frecuencia de la retención de incisivos centrales superiores es del 4%, que es relativamente muy baja en comparación con la frecuencia del tercer molar (35%) y de los caninos (34%).

Los dientes pueden quedar impactados por factores etiológicos primarios como discrepancia entre el tamaño de los maxilares y el tamaño de los dientes, un patrón de erupción anormal, fallas en el proceso de reabsorción de los dientes deciduos, malposición de gérmenes dentarios, pérdida prematura de dientes temporales, retención prolongada o anquilosis de dientes temporales, antecedentes de trauma maxilar, presencia de fisuras congénitas, quistes y tumores odontogénicos, cambios de hábitos alimenticios, dientes supernumerarios que obstruyen la erupción, fibrosis gingival o problemas genéticos. Otros factores que también pueden influir son presión muscular anormal, enfermedades febriles prolongadas, alteraciones endocrinas y deficiencia de vitamina D. El diagnóstico de los dientes impactados debe realizarse mediante un examen clínico (inspección y palpación manual) y uno radiográfico.⁽³⁾

Todo diente retenido es susceptible de producir múltiples afecciones patológicas. Pueden presentarse accidentes mecánicos, tumorales, infecciosos, sensitivos, motores y otros.⁽²⁾ Como regla general, deben extraerse todos los dientes retenidos a menos que su extracción esté contraindicada. El ejecutarlo depende de la posición del diente, de la edad, del manejo de la conducta y del efecto que tenga sobre los dientes vecinos.⁽⁴⁾ Si el diente incluido tiene valor estético o funcional, lo idóneo sería combinarlo con técnicas quirúrgico-ortodóncicas para colocar el diente incluido en la arcada.⁽⁵⁾

El tratamiento de dientes incluidos sigue siendo un desafío para los ortodoncistas. Para establecer el procedimiento adecuado es necesario el diagnóstico interdisciplinario e identificar las diferentes causas y barreras que impiden la finalización del proceso de erupción. El papel del ortodoncista es traccionar y nivelar los órganos dentarios en el plano oclusal. Por su parte, el periodoncista realiza las cirugías estéticas periodontales según el caso. Estos procedimientos periodontales se hacen para prevenir o tratar defectos anatómicos y gingivales producidos por la placa bacteriana y el tratamiento quirúrgico.⁽⁶⁾

Debido a la alta frecuencia de esta patología, se realizan múltiples tratamientos en dependencia del caso y el tipo de afección que presenta el paciente.

Estos tratamientos se realizan a expensas de fuerzas ortodóncicas que son aplicadas a los dientes y estos a su vez se transmiten al periodonto, la efectividad terapéutica de la ortodoncia depende de la respuesta de los tejidos periodontales. Los aspectos periodontales de la terapia ortodóncica son de gran importancia ya sea durante el tratamiento activo o durante el período de retención y mantenimiento de las relaciones dentarias.

Presentación de Caso

Paciente masculino de 11 años de edad que acude a la consulta de Periodoncia del Policlínico Pedro Díaz Coello de Holguín, Cuba, acompañado por la madre por preocupación estética y funcional. Después de realizar un análisis exhaustivo, y un interrogatorio profundo a la madre del niño, esta refirió que su hijo padecía de rinitis alérgica, presenta hábitos deformantes como respiración bucal y lengua protáctil. Al examen físico observamos perfil recto, cara ovoide, tipo facial mesoprosopo, no presenta asimetrías ni desproporcionalidad, labio superior hipotónico, inferior hipertónico, cierre labial incompetente, ángulo naso labial agudo, surco naso geniano y labio mentoniano borrados.

Al examen intrabucal se observó dentición mixta, ausencia clínica de 11 y 21 (incisivos centrales superiores) con espacio comprometido para su brote, ligera vestibuloversión de 12 y 22 (incisivos laterales superiores). Arcadas ovoides. Resalte de 4 mm, sobrepase 2/3 corona, clase I de Angle bilateral; abundante materia alba, encías edematosas, brillantes, aumentadas de volumen y sangrantes a nivel marginal y papilar.

Se le confeccionó una historia clínica de atención primaria, se indicó radiografía panorámica como se observa en la fig. 1, el cual nos reveló la presencia de 11 y 21 en posición para brote, pero con el espacio disminuido por estar las coronas de 12 y 22 en mesioversión.

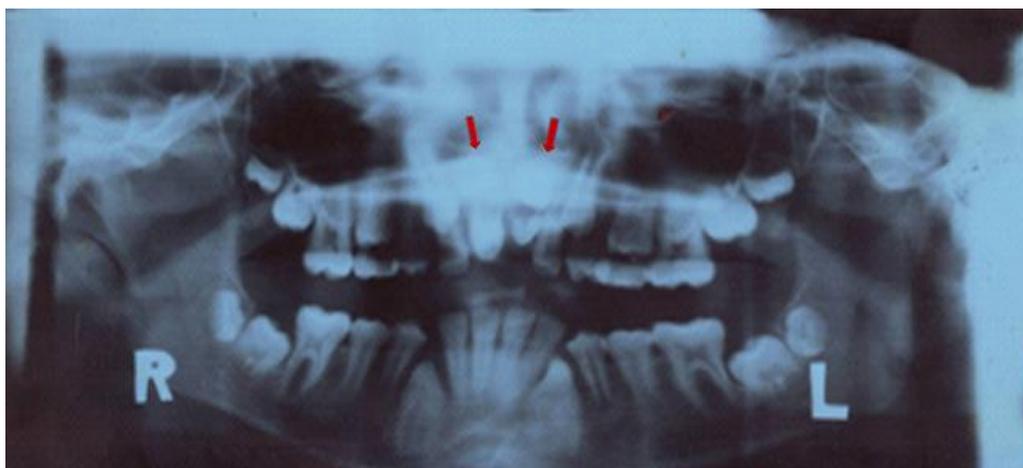


Fig. 1. Rx panorámico. Las flechas indican situación de dientes retenidos

Fue valorado el caso entre los especialistas de Estomatología General Integral, Ortodoncia y Periodoncia. Una vez realizada la discusión diagnóstica se planteó tratar la gingivitis crónica edematosa marginal generalizada, indicar mioterapia del labio y técnica de 4 pasos, además de ser atendido por consejería bucal. Luego se remitió a Periodoncia y Ortodoncia que en conjunto realizaron:

Tratamiento quirúrgico para descubrir corona, descapuchamiento de 11 y 21



Fig. 2. Descapuchamiento de 11 y 21

Se colocó aparatología ortodóncica para tratar de lograr oclusión adecuada, llevando los dientes a la línea de oclusión. Se cementaron brackets en 15,13, 12, 11, 21, 22, 23, 25 y tubos vestibulares de cementado directo en 16 y 26, se colocó arco trenzado y ligadura con elastómeros; 11 y 21 se ligan con ligadura metálica. En este momento se retira la mioterapia Fig. 3.



Fig. 3. Colocación de aparatología ortodóncica

Se realizó gingivoplastia, o sea, remodelado de la encía a ese nivel para buscar una adecuada posición y relación gingivodentaria Fig. 4. La evolución fue satisfactoria Fig. 5.



Fig. 4. Paciente a los 5 meses de realizado el tratamiento. Observamos que los dientes ya están próximos a su posición correcta en la arcada dentaria



Fig. 5. Paciente a los 9 meses de realizado el tratamiento. Los dientes ocupan su lugar en la arcada dentaria, corrigiéndose así la estética y la funcionalidad.

Discusión

Es necesaria la integración de todas estas disciplinas para obtener el éxito en el tratamiento de estos pacientes. Desde la valoración inicial hasta la consecución de las metas propuestas es necesario el esfuerzo integrado por el EGI (Estomatólogo General Integral), ortodoncistas, periodoncistas. Es imprescindible una colaboración estrecha entre todos, para que produzca resultados y se corrija la maloclusión dental.

Los resultados satisfactorios dependen de un buen diagnóstico y plan de tratamiento y de una buena integración de los conocimientos entre los profesionales implicados, de otro modo, los errores en la planificación del caso dan al traste con el éxito esperado y conllevan a la frustración, tanto del paciente, como del personal a cargo. Es importante seguir una secuencia lógica, determinada por cada análisis realizado en todas las etapas de un largo camino que lleva a alcanzar finalmente la rehabilitación funcional, estética y psicológica de estos pacientes.^(7,8)

Referencias Bibliográficas

1. Reyes Omar, Jadelin Vicioso F, Hilario Yahaira. Incidencia de dientes incluidos en el centro odontológico de salud dental (SADENT). Rev Cient Univ Odontol Dominic. 2015[citado 23/08/2020];2(2):22-26. Disponible en: <https://investigacionuod.files.wordpress.com/2015/11/incidencia-de-dientes-incluidos-en-el-centro-odontolocc81gico-salud-dental-sadent-enero-abril-2015.pdf>
2. Martínez Gómez N, Díaz Díaz D, Guerra Cobian O, Pérez Díaz A, Guilian Carrión MC. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Haban Cienc Méd. 2013[citado 23/08/2020];12(Supl 5):65-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000500009

3. Truque Martínez OG, Longlax Triana MC, Bendahan Álvarez ZC, Ramírez Rodríguez K. Manejo quirúrgico y ortodóntico del incisivo central permanente impactado en posición ectópica: Reporte de un caso. Univ Odontol. 2014[citado 23/08/2020]; 33(70):175-185.

Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/5410>

4. Mato González A, Corvo Rodríguez MT, Fundora Gutierrez K. Retención de incisivos centrales superiores por supernumerarios asociados a ambas coronas dentales. Rev Ciencias Médicas. 2016[citado 23/08/2020];20(5):639-644. Disponible en:

<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/download/2548/pdf>

5. Dutú Muzás A. Estudio epidemiológico de dientes retenidos en una muestra de 2000 pacientes[Tesis].[Madrid] : Universidad Complutense de Madrid;2012.107p. Disponible en:

<http://eprints.ucm.es/18047/1/duzu%20alejandra.pdf>

6. Orozco Páez J, Rovira Ortiz CJ, Díaz Caballero AJ. Manejo interdisciplinario de un lateral impactado. Rev Nac Odontol. 2013[citado 23/08/2020];9(17).69-73. Disponible en:

<https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/584>

7. Rodríguez Carracedo EM, Romero Junquera CR, Portelles Massó A, Amador Rodríguez A. Corrección ortodóntica quirúrgica del prognatismo mandibular. CCM. 2013[citado 22/01/2021];17 (Supl 1). 578-584. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000500008

8. Quevedo Aliaga JL, Mas Torres M, Mayedo Nuñez Y, Sierra Rojas Y. Causas locales de caninos permanentes retenidos en pacientes de la Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez de Calixto García. CCM.2017[citado 23/08/2020];21(3):627-637. Disponible en:

<http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1790>

Financiamiento

No hubo financiamiento

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses.



Esta obra está bajo [una licencia de Creative Commons Reconocimiento-](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

[No Comercial 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)