

Multimed 2019; 23(2)

Marzo-Abril

Caso clínico

Tratamiento multidisciplinario de diente retenido. Presentación de un caso

Multidisciplinary treatment of tooth retained. Presentation of a case

Esp. I Cir. Max-fac. Elmo David Rodríguez Licea.^{1*}

Resid. Cir. Max-fac. Noeima Lisandra Rodríguez Rosales.¹

Lic. Estomatol. Nelia Esther Labrada Ramírez.¹

Ms. Salud Bucal Comun. Pilar de los Angeles Herrero Escobar.^{II}

Ms. Urg. Estomatol. Dianelys Leydis Pérez Cabrera.^{II}

^IUniversidad de Ciencias Médicas de Granma. Policlínico Docente Edor de los Reyes Martínez Áreas. Jiguaní. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Bayamo Oeste. Bayamo. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Email: rodriguezlicea@infomed.sld.cu

RESUMEN

La retención dentaria constituye una de las principales entidades patológicas que a diario acuden a los servicios estomatológicos. En principio el tratamiento de la misma es la exéresis quirúrgica, sin obviar la idea de que todos los dientes incluidos con valor estético y funcional debe valorarse la posibilidad de ser colocado en la arcada dentaria, lo cual solo es posible con el concurso de especialidades como la ortodoncia y cirugía máxilo facial. Se presenta el caso de una paciente de 10 años de edad con el incisivo superior derecho retenido, la cual recibió tratamiento multidisciplinario por ortodoncia, cirugía máxilo facial, periodoncia y E.G.I obteniéndose finalmente magníficos resultados.

Palabras clave: Diente Impactado; Terapéutica.

ABSTRACT

Dental retention is one of the main pathological entities that daily come to stomatological services. In principle the treatment of the same is the surgical exeresis, without forgetting the idea that all teeth included with aesthetic and functional value should be assessed the possibility of being placed in the dental arch, which is only possible with the help of specialties such as orthodontics and maxillo facial surgery. We present the case of a 10-year-old patient with a retained upper right incisor, who received multidisciplinary treatment for orthodontics, maxillo facial surgery, periodontology and E.G.I, finally obtaining magnificent results.

Keywords: Impacted Tooth; Therapeutics.

Recibido: 9/1/2019.

Aprobado: 31/1/2019.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como dientes retenidos a aquellos que, una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; actualmente se le denomina síndrome de retención dentaria por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones, además de la ausencia del diente en la cavidad bucal.^(1,2) Este último incluye 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 eltecho óseo con apertura o no del saco pericoronario y que puede hacer su aparición en boca o mantenerse submucoso.^(3,4)

Las piezas dentarias incluidas pueden ocasionar lesiones en los dientes vecinos, infecciones, quistes o tumores y representan un problema delicado por sus implicaciones funcionales y estéticas.^(4,5)

La exéresis quirúrgica es el tratamiento usual para el diente retenido asintomático, pero además dentro de la práctica de la cirugía bucal se desarrollan procedimientos quirúrgicos de realización conjunta con tratamientos ortodóncicos siempre que la ocasión lo permita, preferiblemente en la región anterior de la cavidad bucal. También otro tratamiento utilizado es el traccionamiento quirúrgico que se realiza preferentemente en caninos e incisivos.^(5,6)

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.⁽⁷⁻⁹⁾

O sea, 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.^(4,5)

A los servicios acuden diariamente pacientes con signos y síntomas de retención dentaria. También en muchas ocasiones se realiza el hallazgo accidentalmente durante el examen clínico o en radiografías de rutina.⁽⁵⁻⁷⁾

Lo anteriormente descrito nos motivó a presentar el siguiente caso, resaltando la necesidad del tratamiento multidisciplinario en un número importante de nuestros pacientes diagnosticados con dientes retenidos.

Caso Clínico

Paciente femenina de 10 años de edad, DG, mestiza, fue remitida de la APS en la

Clínica de Especialidades Manuel de Jesús Cedeño. Bayamo, al servicio de Ortodoncia de dicha institución por ausencia clínica del 11, con espacio comprometido para su correcta ubicación, mesoversión del 12, 13 y del 21, 22, 23, arco inferior alineado, neutroclusión de los molares, línea media superior desviada a la derecha, resalte de 2mm, sobrepase de 0.5mm, la misma tenía antecedentes de un quirúrgico fallido en el cual solo se había realizado la exéresis quirúrgica del mesiodents, que mantenía al 11 retenido, no fue posible el entorche del mismo en esa ocasión. Se le realizó el ingreso en el servicio mencionado y con la utilización de los diferentes medios auxiliares propios de la especialidad, en la medición de modelos se obtuvo: discrepancia hueso diente positiva superior de +4.3.



Fig. 1. Modelo de Estudio.

En el estudio periapical se observa el 11 vertical con fractura del borde incisal provocado durante el acto quirúrgico, sin ningún otro aspecto significativo a señalar.



Fig. 2. Estudio Radiológico Periapical.

Discusión

Se procedió a realizar el plan de tratamiento con los diferentes movimientos ortodóncicos necesarios para corregir las diferentes anomalías de posición de los

dientes contiguos a la brecha, básicamente versiones, se empleó para ello la técnica fija de Arco Recto, la cual por las características específicas de sus brackets y de sus arcos, permitió lograr los objetivos propuestos, una vez logrado el alineado y nivelación del arco con alambres trenzados .015 y .017 , luego los redondos de acero inoxidable, se colocó un coillspring que permitió la recuperación del espacio para el brote del 11, se remitió a cirugía maxilofacial del Policlínico Edor de los Reyes Martínez Árias. Jiguaní, con la indicación de un entorche cervical, ya que las condiciones del caso no permitían la colocación de ningún dispositivo en la corona del diente por su altura y el tiro incisal, no era posible por las condiciones del borde incisal.

En el Salón de Operaciones previa asepsia y antisepsia, colocación de paños de campo, anestesia local infiltrativa con Lidocaina 2%, se realizó incisión marginal compuesta desde mesial del 13 a mesial del 22, disección del mucoperiostio, ostectomía con fresa y airotor hasta descubrir la corona del 11 próximo al piso de fosa nasal y con secuelas iatrogénicas de tratamiento quirúrgico anterior el cual había fracasado y provocado lesión al esmalte en borde incisal y cara distal de dicho diente, se realizó entorche cervical con alambre de acero inoxidable # 24 y sutura con Seda negra 0, quedando la paciente en condiciones para proceder a la realización de los movimientos ortodóncicos correspondientes.

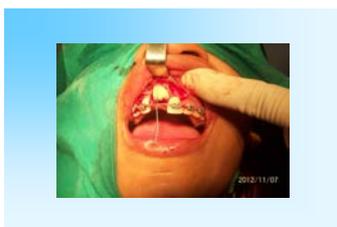


Fig. 3. Acto quirúrgico entorche.

Después de esta 2da intervención realizada de forma correcta por el cirujano, se comenzó a realizar la tracción del diente con el alambre colocado del entorche al arco y utilizando fuerzas ligeras, ya que este movimiento por ser fácil, también peligroso porque el ligamento no debe ser sobrestendido, se usaron fuerzas ligeras, continuas, no más de 50 grms por cm² de superficie radicular enfrentada al movimiento, con un

chequeo radiográfico periódico fuimos comprobando el progreso del movimiento, a la vez que se cambiaba la dirección del mismo por la posición del folículo, una vez lograda la presencia del 11 aunque alto en el vestíbulo bucal, cementamos el brackets al diente y con la utilización de alambres térmicos cuyas propiedades nos permitieron lograr que el movimiento de egresión resultara más fisiológico, una vez ubicado en el arco se mantuvo con alambres de acero inoxidable 0.014 y 0.016.



Fig. 4. Ligadura del arco al entorche.

En el momento que se pudo retirar el alambre utilizado en el entorche, notamos la necesidad de remitir al Periodoncista quien le realizó una gingivoplastia, que restableció las características normales de la encía del diente. Al retirar la aparatología fija, se decidió cementar un arco por palatino con resinafotopolimerizable con un arco hasta las bicúspides, como contención. Se le realizó prueba de vitalidad obteniendo un valor de 1.5 en el 11 y 1 en el 21. El diente necesitó una restauración del borde incisal y cara distal que le devolvió la estética que tanto afectó durante años a la niña.



Fig. 5. Resultado final.

Conclusiones

La retención dentaria es una entidad patológica frecuente en la atención estomatológica. Por lo general a su diagnóstico se llega mediante el interrogatorio, examen físico y los estudios radiográficos, sobre todo en la ortodoncia y cirugía máxilo facial, especialidades indisolublemente ligadas a este medio auxiliar de diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico constituye el de elección para los dientes retenidos, teniendo en cuenta las múltiples complicaciones que estos pueden derivar, sin embargo, 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.

En aras de dar cumplimiento a esta premisa, se impone en muchos casos realizar una exhaustiva y personalizada valoración y tratamiento multidisciplinario, para como en el caso mostrado en el presente trabajo, con la participación de las especialidades de ortodoncia, cirugía máxilofacial, periodoncia y E.G.I, lograr el éxito de nuestro objetivo y la plena satisfacción de nuestros pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
2. Yeman OD. Incisivos centrales superiores retenidos. Rev Soc Odont Argentina. 2003; 6(2):21-26.
3. Felipe Garmendía AM, González Longoria R, Clausell Ruiz M, Bastarrechea M, Correa Mozo B. Retención dentaria. Rev Cubana Ortod 2000; 15(2): 82-5.
4. Soldevilla Galarza LC, Orellana Manrique O, Rodríguez Varas EL. Desinclusión de dientes retenidos mediante aparatología removible. Odontología Sanmarquina 2003; 6(12): 41-45.
5. Ugalde FJ. Clasificación de caninos retenidos y su aplicación clínica. Rev ADM 2001; LVIII (1): 21-30.
6. Noriega Mora A. Dos casos clínicos de dientes retenidos. Rev Odon Univ M S Marcos 1981; 23(1-2): 20-24.

7. Medina Vega LD. Reubicación dentaria. Presentación de un caso. Odontología Online [Internet]. s/a [citado 26/1/2018]. Disponible en: <https://www.odontologia-online.com/publicaciones/periodoncia/33-reubicacion-dentaria-presentacion-de-un-caso.html>.
8. Rodríguez Calzadilla OL. Municipio Güines exéresis de implantaciones dentarias complejas. Presentación de 3 casos. Rev Cubana Estomatol 1999; 36(3): 253-56.
9. 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. MMWR Surveill Summ 2005; 54(3): 1-44.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.