



Exposición quirúrgica y tracción de incisivo central superior impactado. Caso clínico

- **Stalin Marcelo Apolo Chávez**, residente de segundo año de la Maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial CESO
- **Dra. Beatriz Gurrola Martínez** profesor de la maestría del CESO y profesor de carrera de tiempo completo Titular "C" en la FES Zaragoza.
- **Dr. Adán Casasa Araujo** profesor de clínica y director del CESO

Resumen

Se reporta un paciente de 13 años 2 meses de edad, el cual es aparentemente simétrico, dólcofacial, presenta una clase I esquelética, clase II canina bilateral, tenía el incisivo superior izquierdo impactado, supernumerario entre 11-22. Para el plan de tratamiento se siguió la terapéutica quirúrgica y ortodóncica. Entre los objetivos del tratamiento se planteó apertura de espacio para 21, extracción de supernumerario, exposición quirúrgica y tracción de 21. Al término del tratamiento se logró la tracción del incisivo central superior izquierdo, consolidación del arco se mantuvo la clase I molar, se obtuvo la clase I canina bilateral, logrando a su vez una máxima intercuspidadación.

Palabras clave: impactación, exposición quirúrgica, tracción, supernumerario.

Abstract

It's a report of a patient of 13 and 2 months of age, which is apparently symmetric, dolicofacial, presents a skeletal class I, bilateral Canine Class II, who has the left upper incisor impacted, supernumerary tooth between the 11 and 22. For the treatment plan the therapeutic as follow was surgical and orthodontic treatments. Between the objectives of treatment it was planted the opening of space for the 21, extraction of the supernumerary tooth, surgical exposure and traction of the 21. At the end of the treatment the traction was successful of the left central incisor, consolidated arch form was maintained for the molar class I, bilateral canine class I was obtained, archiving the maximum intercuspitation.

Key words: impacted, surgical exposure, traction, supernumerary.

Introducción

La impactación de un diente permanente no es común observarlo en dentición mixta, sin embargo, incisivos centrales superiores impactados, generalmente se diagnostica cuando el diente está a punto de erupcionar. Si bien el canino superiores el diente con mayor frecuencia afectado en la zona anterior, el incisivo central maxilar impactado es un problema que se puede presentar a edades comprendidas entre 8 a 10 años de vida. (1,2) Pacientes que presentan incisivos centrales impactados que son valorados por dentistas generales u odontopediatras, quienes los refieren a cirujanos maxilofaciales porque existe la creencia de que eliminando la causa se dará lugar a la resolución espontánea del problema. Sin embargo estudios han demostrado que aparte de la exposición quirúrgica la mayoría de casos necesita de intervención ortodóncica. La erupción espontánea es más probable que ocurra después de la apertura de espacio a través de ortodoncia prequirúrgica y en la mayoría de casos hay que colocar aparatología ortodóncica para acelerar esta erupción.(3)

Reporte de Caso

Se presenta un paciente de sexo masculino, de 13 años 2 meses de edad cuyo motivo de consulta refiere "no me gustan mis dientes." Al examen clínico extraoral en su foto de frente (fig. 1) se observa un paciente aparentemente simétrico, dólcofacial, con perfil recto (fig. 2)



Fig.1
Foto extraoral de frente

Fig.2
Foto de perfil

Fig. 3
Foto de frente de sonrisa

En su foto de sonrisa vemos la desviación de la línea maxilar 2mm a la izquierda en relación con la línea media facial, así como también el apiñamiento en el sector anteroinferior y la ausencia del incisivo central superior izquierdo por impactación. (Fig. 3)

En los estudios intraorales se observa en la figura 4 la desviación de la línea media inferior 2.5mm en relación a la superior, un overjet y overbite disminuidos, ausencia del incisivo central superior izquierdo, y los caninos superiores en posición ectópica.



Fig.4
Foto intraoral de frente

En las fotografías intraorales derecha e izquierda (Fig. 5 y 6) corroboramos la clase I molar bilateral y la clase II canina bilateral. Así como también la posición ectópica de los caninos permanentes, que la confirmamos en la fotografía intraoral superior (Fig. 7), y el apiñamiento moderado en la arcada inferior (Fig. 8)



Fig 5
Foto lateral derecha





Fig 6
Foto lateral izquierda



Fig 7
Foto oclusal superior



Fig 8
Foto oclusal inferior

En sus estudios radiográficos, la rx lateral de cráneo de inicio nos muestra el patrón de crecimiento hiperdivergente, su clase I esquelética, la mordida borde a borde que presenta el paciente, y la impactación del incisivo superior izquierdo. (Fig. 9)





Fig 9
Radiografía lateral de cráneo

En su radiografía panorámica (Fig. 10) observamos 32 piezas dentarias permanentes, 6 dientes temporales y un diente supernumerario. Los caninos en erupción ectópica y los terceros molares en formación, así como también un aceptable paralelismo radicular.



Fig 10
Radiografía Panorámica

El plan de tratamiento se llevó a cabo en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia, consistió en alineación, nivelación, apertura de espacio para 21, extracción de diente supernumerario, exposición

quirúrgica y tracción de 21, stripping, detallado y retención. Como objetivos principales de tratamiento se propuso: en dos fases la Fase quirúrgica: exposición quirúrgica de incisivo central superior izquierdo y gingivectomía de incisivo lateral a incisivo lateral superior.

Fase ortodóncica: mantener la clase I molar bilateral, obtener el espacio para tracción de incisivo central superior izquierdo, obtener la clase I canina bilateral, corrección de las líneas medias dentales, obtener un overjet y overbite adecuado, mediante la alineación, nivelación, stripping, detallado y retención. (Fig. 11, Fig. 12, Fig. 13, Fig. 14)



Figura 11
Intraoral de frente



Figura 12
Tracción de incisivo central superior izquierdo

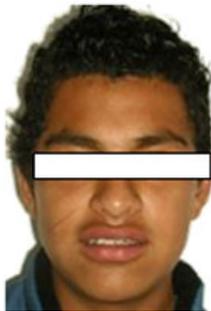


Figura 13
Extraoral de Sonrisa

Resultados del tratamiento:

El examen clínico extraoral posterior revela que se mejoró las relaciones esqueléticas, de esta manera se mantiene un balance facial, y adecuado perfil. (Fig. 16, 17 y 18)

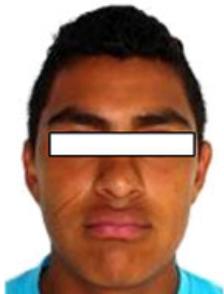


Fig. 16
Foto extraoral de frente

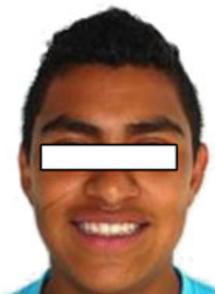


Fig. 17
Foto de sonrisa



Fig. 18
Foto de frente de perfil



Figura 14
Oclusal Superior

En las fotografías intraorales derecha e izquierda se observa la consolidación de las clases molares y caninas bilateral, correcta intercuspidación. (Fig. 20, 21)



Figura 15
Oclusal Inferior





Fig. 19
Intraoral de frente



Fig.20
Foto lateral derecha



Fig.21
Foto lateral izquierda

Estudios radiográficos

En la radiografía periapical (Fig. 22) tomada en la etapa final del tratamiento observamos la correcta posición del incisivo central superior izquierdo que se encontraba impactado, además de una adecuada longitud radicular.





Figura 22
Rx periapical



Figura 23
Rx Lateral de Cráneo

En la radiografía panorámica corroboramos la tracción del incisivo central superior izquierdo, adecuado paralelismo radicular, 32 dientes presentes incluyendo los terceros molares en formación. (Fig. 24)

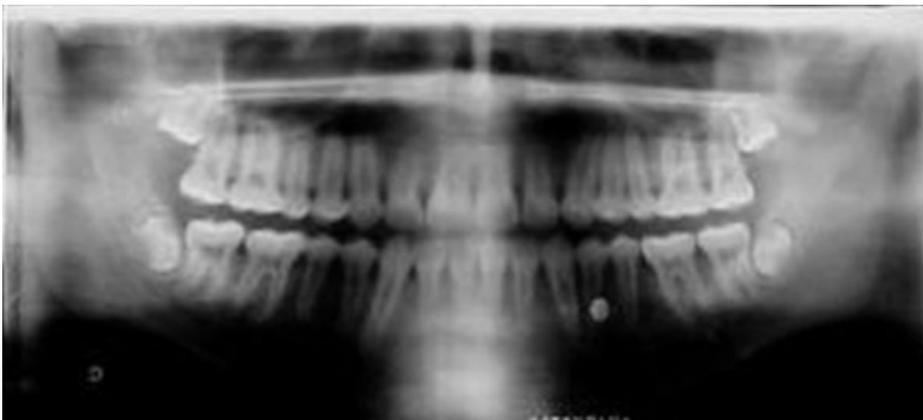


Figura 24
Rx Panorámica

Para la retención y estabilidad del tratamiento además de conservar las distancias intercaninas sin considerable modificación, se colocaron retenedor circunferencial superior y retenedor Hawley inferior.

Discusión

Autores como Lin, Bishara, McDonald, Boyd y Vermette señalan que la exposición quirúrgica y posterior tracción de piezas dentarias impactadas es un método muy usado en la actualidad por ortodoncistas, sin embargo tenemos que tener en cuenta situaciones en el pos tratamiento como es la vitalidad pulpar y el estado periodontal de la pieza dentaria traccionada. En este caso para la tracción se usaron fuerzas ligeras y continuas, por lo que los resultados obtenidos fueron satisfactorios, tanto funcional como en el aspecto estético. (4, 5, 6, 7,8)

Conclusión

La impactación de incisivos centrales superiores son casos que no suelen presentarse con frecuencia, sin embargo el diagnóstico a tiempo es de mucha importancia para poder realizar la intervención adecuada y así evitar muchos efectos colaterales de una impactación dentaria entre las cuales podemos resaltar la reabsorción radicular de las piezas adyacentes.

Para abordar este tipo de casos se debe tener en cuenta la relevancia del tratamiento multidisciplinario, tanto del cirujano maxilofacial para realizar la exposición quirúrgica del diente a traccionar, así como también el papel que desempeña el periodoncista en la etapa final del tratamiento para mejorar la estética del margen gingival de la pieza dentaria traccionada, y de los dientes adyacentes si fuera necesario. Sin embargo se debe tener en cuenta el tipo de fuerza aplicada sobre el diente a traccionar para evitar cambios post-tratamiento a nivel del estado gingival, vitalidad pulpar y apariencia del diente, que en la mayoría de estudios a largo plazo los resultados fueron insignificantes.

Referencias bibliograficas

1. PinhoTeresa, NevesManuel, and AlvesCelia. Impacted maxillary central incisor: Surgical exposure and orthodontic treatment Am J Orthod Dentofacia IOrthop 2011;140:256-65
2. CrawfordLarry B.Impacted dentition maxillary treatment central incisor in mixed Am J Orthod Dentofacial Orthop. Año 1997. Vol 112:1
3. BeckerAdrian. Early treatment for impacted maxillary incisors. Am J Orthod Dentofacial Orthop. Año 2002. Vol 127:6
4. LinYng-Tzer J. Treatmentof an impacteddilaceratedmaxillarycentralincisor. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics Vol. 115, Issue 4: 406-409
5. Bishara Samir E. BDS, DDS, D. Ortho., MS. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1992; 101:159-71
6. McDonald Fraser, B.D.S., and Luen Yap Wei, B.D.S.,The surgical exposure and application direct traction of unerupted teeth. . American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1986; 89: 331-340
7. Boyd R. L.Clinical assessment of injuries in orthodontic movement of impacted teeth. Am J OrthodDentofacialOrthop. Año 1982. Vol 82, Issue 6: 478-486
8. Vermette Michael E, DMD, MSD; Kokich V., DDS, MSD; Kennedy, BDS, MSD. Uncovering labially impacted teeth: apically positioned flap and closed-eruption techniques. The Angle Orthodontist 1995; Vol. 65 N° 1: 23-24