

PRESENTACION DE CASO**Diente retenido- invertido. Presentación de un caso****Retained - Inverted - Tooth. A Case Presentation**

Dra. Virginia Pentón García,⁽¹⁾ Dra. Zhenia Véliz Águila,⁽²⁾ Lic. Ledys Mary Herrera.⁽³⁾

¹Especialista de I Grado en Ortodoncia. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. M Sc. en Atención a Urgencias Estomatológicas. Profesor Instructor. Policlínico Universitario "Dr. Manuel Fajardo" Área V. Cienfuegos.² Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Universitario "Dr. Manuel Fajardo". Área V. Cienfuegos.³ Licenciada en Tecnología de la Salud. Perfil Prótesis Estomatológica. Policlínico Universitario "Dr. Manuel Fajardo". Área V. Cienfuegos.

¹ First Degree Specialist in Orthodontics. First Degree Specialist in Comprehensive General Dentistry. MSc. Assistance to Dental Urgencies Instructor. University Clinic "Dr. Manuel Fajardo" Area V. Cienfuegos.² First Degree Specialist in Comprehensive General Dentistry. Instructor. University Clinic "Dr. Manuel Fajardo". Area V. Cienfuegos.³ Bachelor in Health Technology Specialized in Dentures. University Clinic "Dr. Manuel Fajardo". Area V. Cienfuegos. Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 9 años, de sexo masculino, que acudió a la consulta de Ortodoncia por presentar ausencia clínica del incisivo superior permanente del lado derecho (11). El paciente presentaba oclusión Clase I de Angle, resalte de 4 milímetros y sobrepase de 2/3 de la corona. Al examen con rayos X se observó un diente invertido con borde incisal hacia la base de las fosas nasales, y un ligero aplanamiento en el piso de la fosa nasal del mismo lado. Se remitió al Servicio de Cirugía Máxilo Facial, donde fue intervenido quirúrgicamente y se colocó el diente en posición normal. Al año de operado se observa casi completamiento de la raíz y se encuentra en espera del brote dentario. Se mantiene el espacio mediante aparatología ortodóncica.

Palabras clave: Diente no erupcionado; diente impactado; aparatos ortodóncicos

Límites: Humanos; niño

ABSTRACT

This research paper presents the case of a 9 year-old male who presented to the Orthodontic Outpatient Department with a clinical absence of the right upper permanent incisive tooth (11). This patient presented with an Angle Class I occlusion, 4 mm projection and two third surpassed crown. X-rays films showed an inverted tooth with its incised border towards the base of the nostrils and a slight flattening of the nostril's floor at the same side. The patient was referred to the Maxillofacial Surgery Service where he received surgical treatment to get his tooth in the right position. After one year of follow-up the tooth's root is almost completed and a tooth break out is expected. Its space is kept through orthodontic apparatus.

Key words: Tooth unerupted; tooth, impacted; orthodontic appliances

Limits: Humans; child

Recibido: 15 de octubre de 2009

Aprobado: 6 de noviembre de 2009

Correspondencia:

Dra. Virginia Pentón García.

Policlínico Universitario "Dr. Manuel Fajardo"

Área V. Cienfuegos.

Dirección electrónica: virginiapg@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Se denomina 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)

Puede estar íntegramente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o estar cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Cualquier diente de la cavidad bucal puede estar afectado, pero muchos estudios han demostrado que los terceros molares inferiores, los superiores y los caninos superiores son los que mayormente quedan retenidos. Se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes, sin tener preferencia de sexo ni color de la piel. (1,2)

Múltiples son las causas que intervienen en la retención dentaria, dentro de ellas encontramos causas locales como son: la densidad del hueso que cubre al diente, la falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, la retención prolongada de los dientes temporales o la pérdida prematura de éstos, la irregularidad en la presión y posición de un diente adyacente y una de las más comunes, la inflamación crónica continuada que provoca aumento de la densidad de la mucosa, causa a la que se le denomina fibrosis gingival. También pueden provocar retención dentaria causas generales o sistémicas como por ejemplo: el raquitismo, la anemia, la desnutrición, tuberculosis, trastornos endocrinos metabólicos y sífilis congénita. (1-3)

Otras condiciones patológicas pueden ocasionar la aparición de dientes retenidos como es el caso de traumatismos dentarios producidos en la dentición temporal que provoquen cambios de dirección en los folículos de sus sucesores permanentes, lo que fue denominado por Andreasen lesiones de los dientes en desarrollo. (4,5)

Las lesiones de los dientes en desarrollo pueden influir en su crecimiento posterior y madurez, y generalmente dejan una deformación permanente y con frecuencia muy visible. La estrecha relación que existe entre los ápices de los dientes temporales y sus sucesores permanentes en desarrollo explica por qué la lesión de los dientes temporales son transmitidas fácilmente a la dentición permanente. (4,5) (Figura 1).

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.

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)

Se presenta este caso debido a lo poco frecuente del hecho, pues este diente, además de estar retenido, estaba totalmente en posición invertida. Al consultar distintos tipos de bibliografías sobre dientes retenidos, no hayamos nada al respecto.

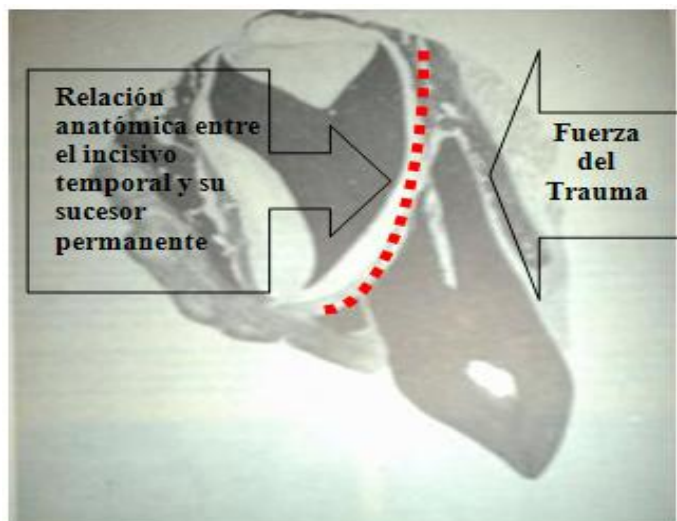


Figura 1. Relación entre los dientes temporales y sus sucesores (Tomado de Andreasen)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 9 años de edad, sexo masculino, de color de piel blanca, con oclusión Clase I de Angle, quien acude al Servicio de Ortodoncia del Policlínico Universitario "Dr. Manuel Fajardo" de Cienfuegos, por presentar ausencia clínica del 11 (incisivo superior permanente del lado derecho). Después de realizar un análisis exhaustivo, y un interrogatorio profundo a la madre del niño, esta refirió que su hijo había recibido un trauma en el diente deciduo, (incisivo superior derecho de la dentición temporal), a la edad de entre 4 y 5 años aproximadamente, que pudo haber desviado el folículo de su sucesor permanente (incisivo superior derecho permanente), que se encontraba en formación hasta su brote dentario, lo cual ocurriría aproximadamente entre los 7 u 8 años de edad, por lo que se detuvo la formación de la raíz. (1,3,4)

Se le confeccionó historia clínica de ortodoncia, utilizando luz artificial, espejo bucal plano, pie de rey y regla milimetrada.

En el examen físico se observó tipo facial mesoprosopo; perfil recto; así como ausencia clínica del 11 (incisivo superior permanente del lado derecho); dentición mixta; discrepancia hueso diente positiva, es decir, existía suficiente espacio para la ubicación del diente en caso

de brote; resalte de 4mms y sobrepase de 2/3 de corona.

Se tomaron impresiones de ambas arcadas dentarias con alginato, vaciadas en yeso piedra para obtener modelos de estudio, se le realizó además un estudio radiográfico

en el cual se observó la presencia de dicho diente, en posición invertida, con el borde incisal hacia el piso de las fosas nasales; se observó un ligero aplanamiento en el piso de la fosa nasal del mismo lado. (Figura 2).



Figura 2: Manifestación clínica de diente retenido e imagen radiográfica

Una vez realizada la discusión diagnóstica se planteó la remisión al Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital

Pediátrico, para la remoción quirúrgica y el autoimplante de dicho diente en correcta posición. (Figura 3)



Figura 3: Reposicionamiento del diente (acto quirúrgico)

Durante la intervención quirúrgica se observó que el diente no solo estaba invertido en el sentido de su eje longitudinal, sino también tenía la cara lingual hacia el vestíbulo; tenía poco desarrollo de la raíz (menos de 1/3), por lo que se decidió dejarlo en su posición ideal dentro de su mismo saco pericoronario, y esperar a su brote espontáneo.

También se le colocó un aparato removible de acción directa, con control del arco dental coronario (Hawley con resortes), para mantener el espacio hasta el brote del mismo. El aparato se confeccionó con alambre 028, y los resortes se confeccionaron con alambre 024. (Figura 4).



Figura 4: Aparato confeccionado y paciente después de operado con el aparato colocado.

Después de un año de evolución, se logró el reposicionamiento del diente invertido, ha evolucionado la calcificación de la raíz (tiene ya más de 2/3 de la raíz calcificada), se ha logrado mantener el espacio para su ubicación en el arco dentario y en este momento se encuentra en espera del brote dentario espontáneo, de no ocurrir este se volvería a remitir a Cirugía Máxilo-Facial para la realización del enlace. (Figura 5)

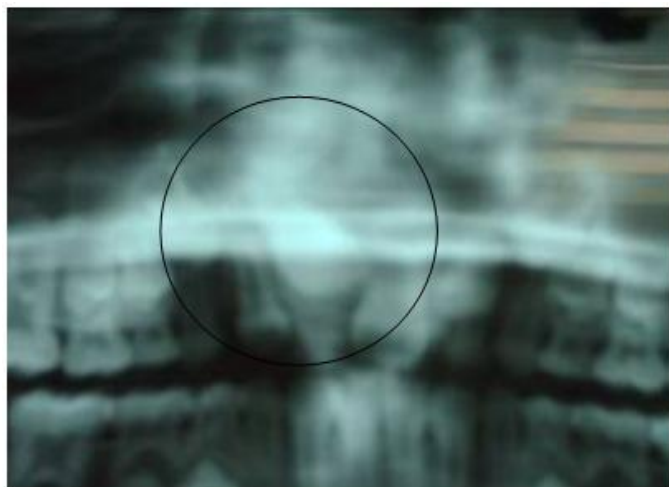


Figura 5: Imagen radiográfica del diente reposicionado al año

CONSIDERACIONES FINALES

El hallazgo de dientes retenidos es frecuente en el campo de la estomatología, por inspección clínica o

durante la toma de una radiografía y más aún en la ortodoncia que no se concibe desligada de este medio diagnóstico, para llegar a conclusiones definitivas.

Los dientes retenidos se pueden encontrar por diferentes causas, independientemente de la edad, el sexo y la raza, y el paciente acude a la consulta casi siempre por preocupación de la madre, padre o tutor del niño, que por la edad ya debe tener el diente en la cavidad bucal y aun no ha erupcionado.

Es importante actuar en el momento oportuno, para evitar complicaciones mayores en el paciente. En casos similares a este, cuando el diente se encuentra retenido en mala posición, la indicación sería su remoción quirúrgica, en otros casos cuando el trayecto de erupción es favorable se le realiza el enlace y se lleva al arco dentario por medio de aparatología ortodóncica.

En el caso específico de este paciente, a pesar de estar el diente en posición completamente desfavorable, se decidió la realización de un auto implante, es decir, reposicionar el diente en su posición correcta, hasta su completa formación, y esperar su evolución, la cual ha sido adecuada hasta el momento; en una segunda etapa del tratamiento, en caso de que no ocurra su brote espontáneamente, se le podrá realizar un enlace, hasta su definitiva posición en el arco dentario.

Hasta el momento se ha logrado mantener la integridad del diente permanente, evitando futuras maloclusiones por pérdidas dentarias en el niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2003.
2. Yeman OD. Incisivos centrales superiores retenidos. Rev Soc Odont Argentina. 2003;6(2):21-26.
3. Andreasen FM. Traumatología dental y ortodoncia. Ortodoncia Clínica. 2004;7(1):8-20.
4. Andreasen J O. Lesiones traumáticas de los dientes. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1994.
5. Ugalde Morales FJ. Retención de caninos en cráneos prehispánicos. Rev ADM Guatemala. 2003;12:219-24
6. Fernández Ballester JF. El diagnóstico y tratamiento del canino incluido. Rev Fac Odont. 2004;3(4):9-11.
7. Noriega Mora A. Dos casos clínicos de dientes retenidos. Rev Odont Univ S Marcos. 1981;23(1-2):10-15.