

---

---

## PRESENTACIÓN DE CASOS

---

---

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología

### *RETENCIÓN DENTARIA*

*Dr. Ángel M. Felipe Garmendía,<sup>1</sup> Dra. Rebeca González Longoria,<sup>1</sup> Dra. Maureen Clausell Ruiz,<sup>1</sup> Dra. Maribel Bastarrechea<sup>1</sup> y Dra. Belkis Correa Mozo<sup>2</sup>*

**RESUMEN:** Se presenta el caso de un paciente con el incisivo central superior derecho retenido. Se plantea el plan de tratamiento y se describe la técnica y la aparatología empleada para la tracción del mismo; teniendo como objetivo adiestrar a los Estomatólogos Generales en cuanto al tratamiento integral en los casos de retención dentaria. Se logró combinar las técnicas quirúrgicas y ortodóncicas por parte del Estomatólogo General, dándole un tratamiento integral al paciente.

Descriptores DeCS: APARATOS ORTODONTICOS REMOVIBLES; DIENTE IMPACTADO; DIENTE NO ERUPCIONADO.

Se utiliza profusamente el término de diente incluido o impactado, en la literatura anglosajona, para todo diente que presente cierta anomalía en su posición o situación que le impide erupcionar normalmente. Se entiende por retención dentaria, aquel diente que llegada la época normal de erupción se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el maxilar sin erupcionar.<sup>1-6</sup>

Inclusión sería aquel diente retenido en el maxilar rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto.<sup>1,4,5</sup> Enclavamien-

to por el contrario, es aquel diente retenido que ha perforado el techo óseo con apertura o no del saco pericoronario y que puede hacer su aparición en boca o mantenerlo submucoso.<sup>2,3</sup>

Estas retenciones pueden encontrarse en distintos lugares de la cavidad bucal como palatino, lingual y vestibular, así como por su posición tiene múltiples denominaciones. Existen también factores que intervienen en la retención dentaria según la época de erupción, situación, origen, anomalías o tal vez factores mecánicos provo-

---

<sup>1</sup> Estomatólogo General.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Ortodoncia.

cados por la falta de espacio, exodoncias prematuras, traumas, supernumerarios, quistes u otras alteraciones que impiden una erupción o cambio fisiológico. Puede estar afectado también por enfermedades metabólicas relacionadas con metabolismos que intervienen en la erupción.<sup>7-9</sup>

Siempre se debe ser prudente en la elección del tratamiento pues existen factores relacionados con el paciente como la motivación que seamos capaz de crearle al explicarle que la colocación quirúrgica-ortodóncica de una retención dentaria necesita de una estrecha colaboración para conseguir un resultado eficaz.<sup>6,8,9</sup> El paciente debe ser informado que el tratamiento requiere una larga duración, la posibilidad de múltiples intervenciones e incluso cambios continuos de aparatología ortodóncica, con el objetivo de modificar y orientar la posición dentaria.<sup>7,9-12</sup>

Se debe valorar el estado general del paciente relacionado con enfermedades sistémicas y las posibilidades quirúrgicas y ortodóncicas, para poder brindar una óptima atención.<sup>5-12</sup>

Con este trabajo se pretende adiestrar a los Estomatólogos Generales en el tratamiento integral en los casos de retención dentaria.

### **Métodos**

Se atendió un paciente en la Facultad de Estomatología, donde se preparó en el preoperatorio aparatología removible conformada con acrílico termocurable y alambre 0,18, previo impresiones tomadas con alginato y confección de modelos de estudios de yeso. Se utilizó en la técnica quirúrgica el electrocauterio para la operculectomía previa a anestesia de lidocaína al 2 %, así como liga No. 26 para traccionar el diente después de haber colocado *brackets*.

### **PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Paciente EBA, del sexo masculino, de la raza negra de 12 años de edad con antecedentes de buena salud anterior que acude a consulta porque "no ha mudado el diente".

Al interrogatorio, la madre refiere que hace aproximadamente 5 años sufrió un trauma y que nunca se lo atendieron, que se siente preocupada porque ya el niño ha cambiado todos sus dientes exceptuando éste que es de leche y que ella nota que está negro.

Al examen físico se observan múltiples caries, tártaro, lingualización del incisivo lateral superior derecho permanente y presencia del incisivo central superior derecho temporal con marcada discromia, sin dolor a la palpación ni a la percusión.

Se le realiza radiografía periapical de la zona donde se aprecia la presencia del incisivo central superior derecho permanente con raíz calcificada y ligera superposición de imágenes con dientes vecinos, donde se le indica realizar otra radiografía aplicando la técnica de paralaje para orientarnos con el sentido de su posición, ofreciéndonos una imagen hacia vestibular con giroversión hacia el lado derecho.

Impresión diagnóstica: compatible con retención dentaria.

Se realiza un plan de tratamiento que comenzó con la exodoncia del incisivo central superior derecho temporal, seguido de las caries y la profilaxis preventiva.

Se le tomó impresiones con alginato del maxilar y se confeccionó aparatología *Hawley* con resorte en forma de cuerda de reloj por palatino del incisivo lateral superior derecho permanente y gancho para la tracción del incisivo central. El aparato fue

instalado para ir familiarizando al paciente con su uso, siendo activado a las 48 h. La activación se realizó cada 2 sem durante un período de un mes previo al acto quirúrgico.

#### Descripción del acto quirúrgico

Previo asepsia y antisepsia del campo operatorio se anestesió con lidocaína al 2 % utilizando la técnica infiltrativa. Posteriormente se realizó el decapuchamiento u operclectomía, eliminando la mucosa por vestibular e incisal con el electrocauterizador, dejando así dichas zonas libres.

Culminado el acto quirúrgico fue fijado a la cara vestibular del incisivo central superior derecho permanente un *bracket*, colocado en posición horizontal y en el centro de la corona dejando la misma distancia tanto por cervical e incisal, como por mesial y distal, utilizando para ello resina fotopolimerizable mediante técnica de gra-

bado ácido. Luego fue instalado el aparato ortodóncico y se colocó del *bracket* al gancho una liga No. 26 para la tracción del incisivo.

#### Indicaciones posoperatorias

- Dieta blanda las primeras 48 h.
- Antiinflamatorio.
- Analgésico si presenta dolor.
- Próxima consulta a las 48 h.

#### **Conclusiones**

Se logró el tratamiento integral del paciente por parte de los Estomatólogos Generales. La evolución fue satisfactoria en correspondencia con los resultados esperados y resulta importante el estudio integral de los pacientes para la solución de sus problemas de salud.

**SUMMARY:** The case of a patient with the upper right central impacted incisor was presented. The treatment was explained and the technique and appliance used for its traction were described aimed at training General Stomatologists in the comprehensive treatment of dental impaction. It was possible for the General Stomatologist to combine the surgical and orthodontic techniques to give a comprehensive treatment to the patient.

Subject headings: ORTHODONTIC APPLIANCE, REMOVABLE; TOOTH, IMPACTED; TOOTH, UNERUPTED.

#### **Referencias Bibliográficas**

1. Archer WH. Cirugía Bucal: Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas. 2da ed. La Habana. Instituto Cubano del Libro 1967;124-237.
2. Donado M. Cirugía Bucal. Patología y técnica 1990:387-97.
3. Alexander RG. The Alexander Discipline, Ormco, Glendora, 1986:2-15.
4. Ruffino S. et al. Trattamento chirurgico ortodontico dei canini superiori inclusi. Min Stom 1987;36:971-74.
5. Mayoral G. Treatment results with light wires studied buy panoramic radiography. Am J Orthod 1982;81:489-87.
6. Bishara SE. Management of impact canines. Am J Orthod 1976;63-371.
7. Farronato GP et al. Terapia chirurgico ortodontica dei denti inclusi in soggetti adulti. Mondo Ortod 1982;1:38-49.
8. Geiger A. A simple technique for management of high palatally impacted canines. J Oral Max Fac Surg 1987;45:643.

9. Kaban LB. Pediatric Oral and Maxillo Facial Surgery. Philadelphia. W.B. Saunders, 1990:405.
10. Williams BH. Diagnosis and prevention of maxillary cuspid impaction. The Angle Orthod 1981:51:30.
11. Proffit W. Contemporary orthodontics. St Louis, C.V. Mosby Co 1986:213-45.
12. McBride LJ. Traction a surgical exposure and application of direct traction of unerupted teeth. Am J Orthod 1986;89:331.

Recibido: 28 de junio del 2000. Aprobado: 30 de julio del 2000.

Dr. *Ángel M. Felipe Garmendía*. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez", Ave. 31 y 76, Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.