

## Tratamiento de Agenesia y malformación de Incisivos laterales superiores

1. **Iosmara Caballero Lartiguez.** Residente de segundo año de maestría en Ortodoncia y Ortopedia maxilofacial del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO.
2. **Dra. Beatriz Gurrola Martínez.** Profesora asesora de tesis en el CESO y profesor de carrera de tiempo completo Titular "C" en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
3. **Dr. Adán Casasa Araujo.** Profesor de clínica y director del CESO.

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera: Caballero, I., Gurrola, B., Casasa, A..

**"Tratamiento de agenesia y malformación de incisivos laterales superiores".**

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2011. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). Consultada,..../.../...

### Resumen

En este artículo se presenta un caso de un paciente de 38 años de edad con agenesia de incisivo lateral superior izquierdo, malformación de incisivo lateral superior derecho y apiñamiento moderado anteroinferior, perfil recto, clase I esquelética, hipodivergente, clase I molar bilateral, clase I canina derecha, clase II canina izquierda, overjet y overbite levemente aumentado. Se realizó apertura del espacio para posterior rehabilitación protésica con implante oseo-integrado del incisivo lateral superior izquierdo y carilla de resina en incisivo lateral superior derecho. Para decidir el tratamiento adecuado se deben realizar análisis de Carey y Bolton para determinar la cantidad de espacio disponible en el reborde alveolar de las arcadas. El plan de tratamiento fue la apertura del espacio con un resorte abierto de Niti entre incisivo central y canino superior izquierdo para la distalización del mismo, logrando clase I canina de ese lado y el espacio necesario para la rehabilitación protésica del incisivo lateral superior izquierdo. También se realizó apertura de espacio entre incisivo central e incisivo lateral superior derecho para su posterior restauración con resina. Obteniendo resultados satisfactorios, tanto funcional como estético, dándole una sonrisa y apariencia agradable a la paciente.

**Palabras clave:** Agenesia de incisivo lateral superior izquierdo, incisivo lateral superior derecho en clavija, Resorte abierto de Niti.

### Abstract

A 38 years old patient with upper left lateral incisor agenesis, peg-shaped upper right lateral incisor, mild lower anterior crowding, an orthognathic profile, Skeletal class I, hypodivergent, bilateral molar class I, right canine class I,

left canine class II, increased overjet and overbite. The Treatment plan included opening the space of the upper left lateral incisor with NiTi open coil between upper left central incisor and upper left canine for a further prosthetic rehabilitation with osseous integration implant, and achieve canine class I, we also prepared a composite veneer for the upper right lateral incisor. The treatment results were satisfactory from the patient and clinician view, providing a nice appearance and smile.

**Key Words:** Upper lateral incisor agenesis, peg- shaped incisor, NiTi open coil

### **Introducción**

Es muy frecuente en la clínica ortodóncica encontrarnos con casos de agenesias, entre las más comunes están las de los incisivos laterales superiores y las de los segundos premolares inferiores (sin contar como agenesia la ausencia de los terceros molares). (1) Ante un caso con agenesia de incisivos laterales superiores, desde el punto de vista ortodóncico, podemos optar por: cerrar los espacios convirtiendo los caninos en laterales, en los casos con apiñamiento grave o clases II; o mantener esos espacios para posteriormente colocar una prótesis o un implante. Esta es la mejor opción en la mayoría de los casos, ya que evita aplanar el perfil y la estética dentaria no se ve tan comprometida.<sup>2</sup> En casos de agenesia de incisivo lateral superior por problemas congénitos, la cantidad de espacio necesaria para el implante y la corona estaría determinado por el incisivo lateral contralateral (2,3). Sin embargo, en algunos pacientes el incisivo lateral existente puede presentar una anomalía de forma. En otras circunstancias, ambos incisivos laterales pueden estar ausentes por problemas congénitos. En este último caso la cantidad de espacio para el implante o la rehabilitación protésica será determinada por 2 factores: la estética y la oclusión. Existe una relación estética entre el tamaño de los incisivos central y lateral superiores denominado "la proporción de oro". Lo ideal es que el incisivo lateral superior tenga aproximadamente dos tercios del ancho del incisivo central. Dado que la mayoría de los incisivos centrales tienen aproximadamente 9 mm de ancho, el espacio del incisivo lateral debería no tener menos de 6 mm de ancho (2,3,4). En la actualidad los implantes se han convertido en un método común para reponer dientes faltantes. Si a un paciente presenta ausencias dentales y los adyacentes o presentan restauraciones o están abrasionados, hoy en día sería poco apropiado desgastarlos para utilizarlos como pilares de un puente de 3 piezas. Los implantes constituyen un enfoque mucho más conservador. Se debe evaluar tanto la intercuspidad posterior como el overbite y el overjet apropiados y la cantidad de espacio creada para el implante, Estudios anteriores han demostrado que cuanto menor es la distancia entre el implante y la raíz adyacente, más probabilidades hay de que con el tiempo se produzca una reducción en la altura del hueso. Por consiguiente, es deseable que haya por lo menos 1 mm entre el implante y la raíz adyacente (5,6),

Presentamos un caso donde ilustramos esta opción, con apertura del espacio para el lateral superior izquierdo para luego colocar implante

### Reporte del caso clínico

Paciente de sexo masculino de 38 años de edad la cual refiriere como motivo de consulta "Quiero que me abran espacio para el diente que me falta". En los estudios de inicio observamos en las fotos extraorales de frente, un paciente simétrico, braquifacial (fig. 1), con una sonrisa no muy expresiva (fig 2) y un perfil recto (fig. 3).



Fig. 1  
Fotografía frente

Fig. 2  
Fotografía sonrisa

Fig. 3  
Fotografía perfil

### Estudios radiográficos iniciales

En la radiografía lateral de cráneo (fig. 4). se clasifica como clase II Esqueletal, hipodivergente, con los incisivos superiores en norma y los incisivos inferiores levemente retroclinados.



Fig.4  
Rx. lateral de cráneo inicial

En la radiografía panorámica se encuentran 31 dientes presentes, raíces sin lesiones aparentes en sus estructuras de soporte (Fig. 5).

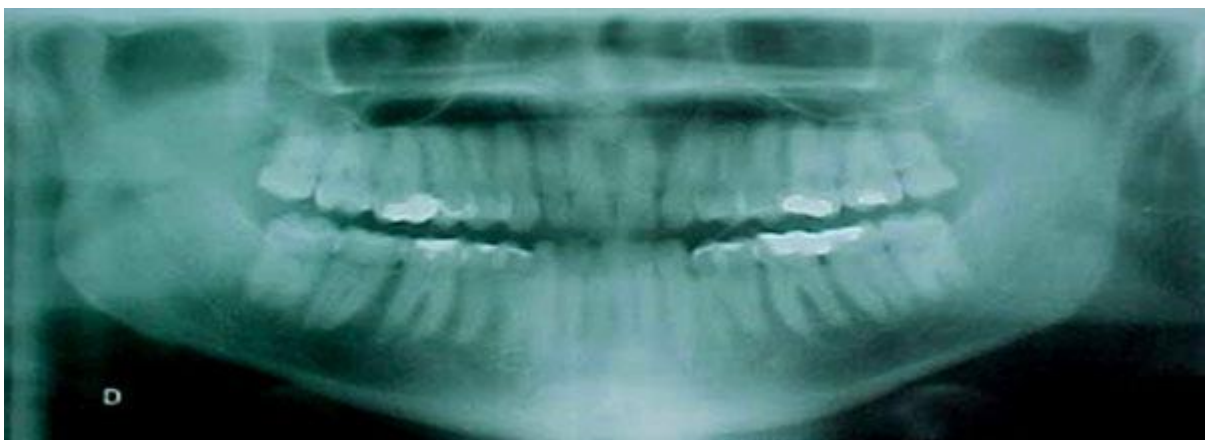


Fig.5  
Rx panorámica inicial se observan los 31 dientes presentes.

En las fotografías intraorales de inicio observamos una clase I molar y canina, incisivo lateral superior en clavija (fig 6), clase I molar y clase II canina, ausencia de incisivo lateral superior (fig 7).



Fig. 6  
Fotografía lateral derecha inicial



Fig. 7  
Lateral izquierda inicial

Se observa en las fotografías oclusales la forma de arco oval superior e inferior. En el arco



superior (Fig. 8), se nota la ausencia del incisivo lateral izquierdo y el incisivo lateral superior derecho en clavija. En el arco mandibular se observa el apiñamiento moderado anteroinferior. (Fig. 9).

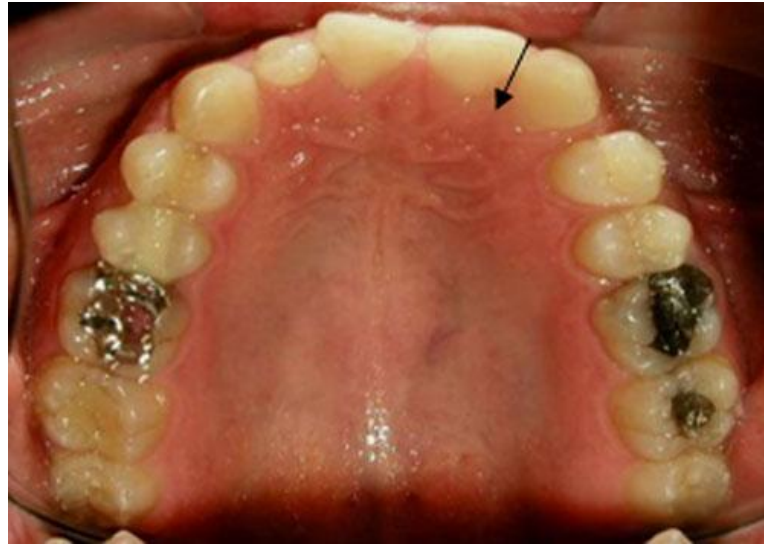


Fig. 8  
Fotografía oclusal superior



Fig. 9  
Fotografía oclusal inferior inicio

**Plan de tratamiento:** La corrección del apiñamiento mandibular fue a través de la alineación y nivelación con arcos de niti 0.012, 0.016, 0.018 superior e inferior, arcos de acero 0.018 superior e inferior, arco adelantado acero 0.018 inferior, apertura del espacio para restauración del incisivo lateral superior derecho y para implante protésico del incisivo lateral superior izquierdo con arco adelantado de acero 0.018 superior y open coils de niti entre 12 y 13 y entre 21 y 23, además se realizó stripping anteroinferior

**Estudios de progreso** en las Fotografías extraorales, de progreso Vemos que el paciente continúa siendo simétrico, braquifacial (fig.10) y con perfil recto (Fig. 11).



Fig. 10  
Fotografía frente



Fig. 11  
Fotografía perfil

#### **Fotografías intraorales Progreso.**

Se observa adecuada alineación de las piezas dentarias, la apertura de los espacios para el incisivo lateral superior derecho e izquierdo, figuras 12, 13 alivio del apiñamiento anteroinferior.



Fig. 12  
Oclusal superior progreso



Fig. 13  
Oclusal inferior progreso



En la fotografía intraoral de frente se observa línea media dental inferior desviada 1,5 mm a la derecha, apertura del espacio para el incisivo lateral superior derecho y el pónctico del incisivo lateral superior izquierdo. Fig. 14



Fig. 14  
Fotografía de frente progreso

Encontramos relaciones caninas clase I bilaterales y relaciones molares clase I bilaterales (Fig. 15) y (fig 16).



Fig. 15  
Fotografía lateral derecha progreso



Fig. 16  
Lateral izquierda progreso

En sus estudios radiográficos de progreso observamos que continua siendo una paciente clase II esquelética hipodivergente y los incisivos superiores e inferiores más proclinatorios que en inicio (Fig. 17).



Fig. 17  
Rx lateral de cráneo progreso

En la radiografía panorámica se observan 32 piezas dentarias con aceptable paralelismo radicular (Fig. 18).

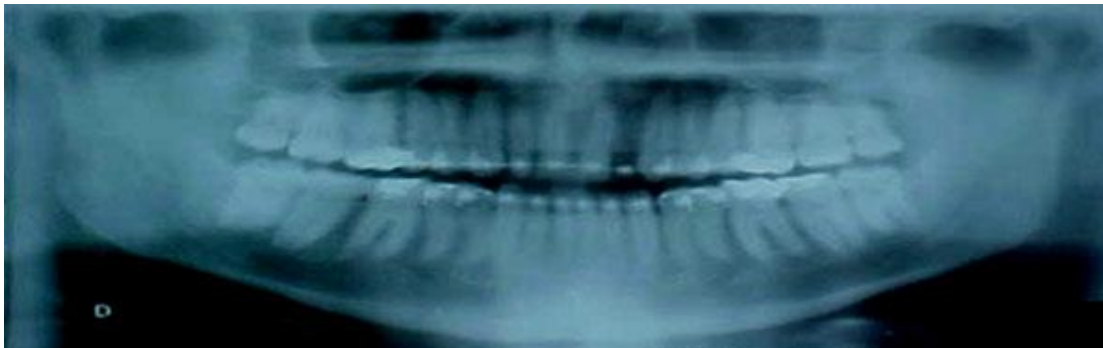


Fig. 18  
Radiografía panorámica de progreso.

### Estudios finales

En las fotografías extraorales finales observamos que continúa siendo un paciente simétrico con una sonrisa y un perfil más agradable, (figs 19, 20,21).



Fig. 19  
Fotografía frente



Fig. 20  
Fotografía sonrisa



Fig. 21  
Fotografía perfil

Para el análisis intraoral final se observa la apertura del espacio para la rehabilitación protésica con implante del incisivo lateral superior izquierdo y la restauración final del incisivo lateral superior derecho. (Fig. 22)



Fig. 22  
Fotografía frente final

Se observa en las fotografías intraorales laterales derecha e izquierda relaciones caninas y molares en clase I bilateral. Adecuada alineación y nivelación, adecuado overjet y overbite, correcta intercuspidadación, figuras 23, 24 y formas de arcos ovales figuras 25 ,26.



Fig. 23  
Lateral derecha final





Fig. 24  
Fotografía lateral izquierda



Fig. 25  
Fotografía oclusal superior final





Fig. 26  
Oclusal inferior final

Se observa al final del tratamiento en la radiografía lateral de cráneo es un paciente clase II esquelética fig. 27, y en la Panorámica con 32 piezas dentarias, y aceptable paralelismo radicular. Fig. 28.



Fig. 27  
Radiografía lateral de cráneo final

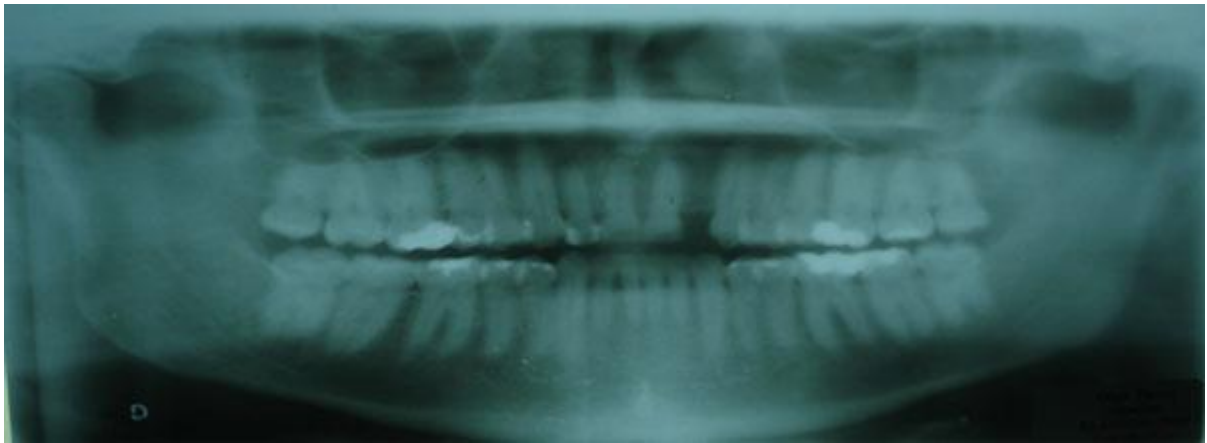


Fig. 28

Radiografía panorámica final donde observamos la apertura del espacio para el implante del incisivo lateral superior izquierdo y la restauración con resina del incisivo lateral superior derecho

Para su retención removable se confeccionaron retenedor circunferencial superior con pónico del incisivo lateral superior izquierdo, y retenedor circunferencial inferior Fig. 29. Retenedor Fijo inferior de 3 a 3 inferior Fig. 30.



Fig. 29

Fotografía de frente con retenedores circunferencial superior e inferior, con cinturones vestibulares





Fig. 30

Vista oclusal de los retenedores circunferenciales superior e inferior y retenedor fijo de 3 a 3 inf

### **Discusión**

Según Kokich en casos de agenesia de incisivo lateral superior una buena opción de tratamiento ortodóncico para el paciente es la apertura del espacio para rehabilitarlo protésicamente, otra área donde el espacio es un factor importante es entre los ápices de las raíces del incisivo central y el canino, que por lo general, al crear el espacio para un implante separando las coronas del central y el canino, las raíces de estos dientes pueden haberse inclinado y desplazado alcanzando mayor proximidad. En este caso, puede haber un espacio poco adecuado para fijar el implante, por lo cual el ortodoncista debe separar los ápices de estas raíces para proporcionar el espacio adecuado para la colocación del implante. En este caso se observa la apertura del espacio para la rehabilitación protésica fue satisfactoria tanto a nivel coronal como a nivel apical.

### **Conclusión**

La apertura de espacio en casos de agenesia de incisivos laterales superiores, así como la restauración de dientes permanentes en forma de clavija, son buenas opciones de tratamiento que los ortodoncistas deben considerar. Cuando se ha perdido una pieza dental, los dientes vecinos tienden a correrse ocupando el espacio vacío que dejó el diente faltante y/o inclusive el antagonista tiende a extruirse. Al querer colocar el implante dental para reponer la pieza

perdida, es de suma importancia un buen tratamiento de ortodoncia para que la pieza definitiva pueda tener el tamaño, la forma y la altura de la original y todo funcione en perfecta armonía. El resultado del tratamiento con la apertura del espacio para el lateral superior izquierdo así como la restauración del incisivo lateral superior derecho en clavija fue el diagnóstico apropiada para el paciente, ya que, se logró corregir la relación canina izquierda, obteniendo una oclusión ideal, buen paralelismo radicular lo que garantiza un tratamiento estable a largo plazo y muy buena estética.

En este paciente el tratamiento fue ideal para el paciente ya que se obtuvo correcta intercuspidad, clases I molares y caninas bilaterales, guía de desoclusión canina e incisiva y buena estética. Es importante no olvidar que como en todo tratamiento ortodóntico, el éxito dependerá de un diagnóstico y plan de tratamiento adecuados.

#### Referencias bibliográficas

1. Varela Margarita. Ortodoncia Interdisciplinar. Volumen 1. Editorial Oceano/Ergon. Barcelona España. 2005.
2. Kokich G Vincent, DDS, MSD. Implantes incisivos laterales superiores: su planificación con la ayuda de la ortodoncia. RAAO Vol. XLV / Núm. 1 o Enero - Abril de 2006.
3. Bujaldón Juan Manuel. Agenesia de los incisivos laterales superiores con caninos impactados: Ortodoncia e Implantes. Ortodoncia Clínica 2001; 4(1):26-33
4. Turpin David L. Tratamiento de las agenesias de los incisivos laterales. Revista española de ortodoncia. 2005 Vol 35:123-130
5. Thams Baudot Verena, Tarjuelo Amor Isabel. Agenesia de incisivos laterales superiores: valoración estética de las distintas opciones terapéuticas. Cien Dent 2009;6;2:103-109
6. Rey D, Castaño Ma. Clara. Ausencia congénita de incisivos laterales superiores: apertura vs. Cierre de espacios. Revista CES Odontología. 2000 Vol 13:37-42