

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR IZQUIERDO IMPACTADO. REPORTE DE CASO CLÍNICO

1. **Diego Mauricio Camacho** Henao Residente de segundo año de la maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO.
2. **Dra. Beatriz Gurrola Martínez** Profesor de tiempo completo titular "B" de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM y profesor del CESO.
3. **Adan Casasa Araujo** profesor de clínica y director en la maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera:
Camacho D., Gurrola B., Castro J. Casasa A.

" Incisivo central superior izquierdo impactado. Reporte de caso clínico."

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica mayo 2010. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, .../.../...

Resumen.

La impactación de uno o de ambos incisivos centrales superiores permanentes es causa de preocupación por parte de los padres y/o familiares de los pacientes que lo presenta, pues ellos pueden ser motivo de problemas psicosociales en los niños de allí la importancia de un buen diagnóstico, un buen plan de tratamiento y un excelente manejo interdisciplinario.

Este artículo describe un caso clínico de un paciente masculino con edad de 12 años 3 meses quien presenta la impactación del incisivo central superior izquierdo el cual fue expuesto quirúrgicamente e incorporado por mecánica ortodóncica a la posición ideal en su base ósea. Cada una de las fases del tratamiento como la alineación, nivelación, exposición quirúrgica, detallado y retención llevo a un resultado estético exitoso, con una buena salud periodontal y una oclusión funcional.

Palabras claves: centrales maxilares impactados, ventana quirúrgica.

Abstract

The impactation of one or both Maxillary centrals incisors is cause for concern by the parents and/ or relatives patients who presented, because they can be a cause of psychosocial problems in children, hence the importance of a good diagnosis, a good treatment plan and an excellent interdisciplinary management.

This article describes a case of a male patient aged 12 years 3 months who presented impaction of maxillary central incisor which was surgically exposed and incorporated by orthodontic mechanics in the ideal position at the base bone. Each of the stages of treatment such as alignment, grading, surgical exposure, depth and retention led to a successful esthetic result with good periodontal health and a functional occlusion.

Keywords: Impactation of maxillary central incisors, surgically exposed

Introducción

Autores como Becker, Olga mencionan que aunque la Impactación de los incisivos centrales superiores se reporta con menos frecuencia que la de los terceros molares o caninos, de los incisivos es el central superior quien con mayor frecuencia se retiene su frecuencia de retención varía entre 0,06 % a un 0,2 %; la remisión temprana de los pacientes en dentición mixta es común debido a la preocupación de los padres odontólogos generales y odontopediatras por el retraso en la erupción de los incisivos centrales superiores permanentes. (1.29 Respecto a la retención dentaria de los incisivos superiores presenta un problema de índole biológico y psicosocial para los niños y adolescentes que lo padecen. Los niños al presentar este problema se encuentran afectados estéticamente por la ausencia de uno o varios dientes en la región anterior por ello son objeto frecuente de burlas y rechazo por su grupo de amigos. Es por ello que un diagnóstico temprano es fundamental para imponer un tratamiento adecuado rápidamente. El diagnóstico en edades tempranas favorece que las opciones de tratamientos sean más simples, reduciendo la necesidad de tratamientos prolongados y el uso de aparatos más costosos. (2) En este contexto Giancotti, Ibricevic han atribuido a varios factores que impiden la erupción adecuada de estas estructuras dentarias. Estos factores podrían ser mesiodens o varios dientes supernumerarios en la zona maxilar anterior (3.4) Para Batra son los tumores odontogénicos: odontomas o quistes (5). Andreasen dice que esto puede ser producido al igual que en la alteración en la guía de erupción o la formación de tejido cicatrizal debido a un traumatismo o a la pérdida prematura de los incisivos (6.7) A este respecto Bayram señala que ante la presencia de un diente retenido varias son las opciones de tratamiento. Según Frank Ch la observación y seguimiento del diente retenido por un periodo de tiempo en espera de su erupción natural pudiera ser una opción, la extracción del diente retenido también está dentro de los variados manejos descritos. Otras opciones de tratamiento proponen la intervención quirúrgica y/o ortodoncia (8.9)

El maxilar superior es un área altamente exigente desde el punto de vista estético y ortodóncico, pues estos dientes afectados requieren de un tratamiento especial y un enfoque multidisciplinario para obtener excelentes resultados funcionales y altamente estéticos.

Presentación del caso

El paciente tiene 12 años de edad, cuyo motivo de consulta refieren sus familiares es porque tiene los dientes chuecos. En sus estudios de inicio en las fotografías faciales e intraorales observamos un paciente de patrón facial simétrico y equilibrado (fig 1,2) clase I molar bilateral, clase II canina bilateral, apiñamiento severo superior e inferior, incisivo central superior izquierdo retenido (fig 3,4,5)



Fig 1
Fotografía de frente



Fig 2
Fotografía de perfil



Fig 3
Fotografía intraoral inicio del tratamiento



Fig 4
Fotografía intraoral derecha



Fig 5
Fotografía intraoral izquierda

En el estudio radiográfico en la radiografía panorámica observamos el patrón de erupción de los anteriores superiores y el incisivo central superior izquierdo retenido. (Fig 6). En la lateral de cráneo vemos un paciente Clase I esquelético normodivergente (Fig 7).



Fig 6
Radiografía panorámica inicio del tratamiento



Fig 7
Radiografía lateral de cráneo

Objetivos del tratamiento: Corregir apiñamiento maxilar y mandibular, incorporar el incisivo central superior izquierdo al arco, esto mediante una ventana quirúrgica en el 21, bonding de bracket en el incisivo y arco de 0.016" de TMA maxilar, torque individual de los incisivos laterales superiores. Obtener clase I canina ,mantener relación clase I molar bilateral.

Progreso del tratamiento

Fueron cementadas bandas y tubos en los primeros molares superiores e inferiores, al igual q un sistema de anclaje transpalanance superior y arco lingual inferior, brackets prescripción roth 0.022" x 0.028". Se realizaron extracciones seriadas de primeros premolares superiores e inferiores, exposición quirúrgica y tracción del incisivo central superior izquierdo (fig 8), posterior a esto se realizo la alineación y nivelación.

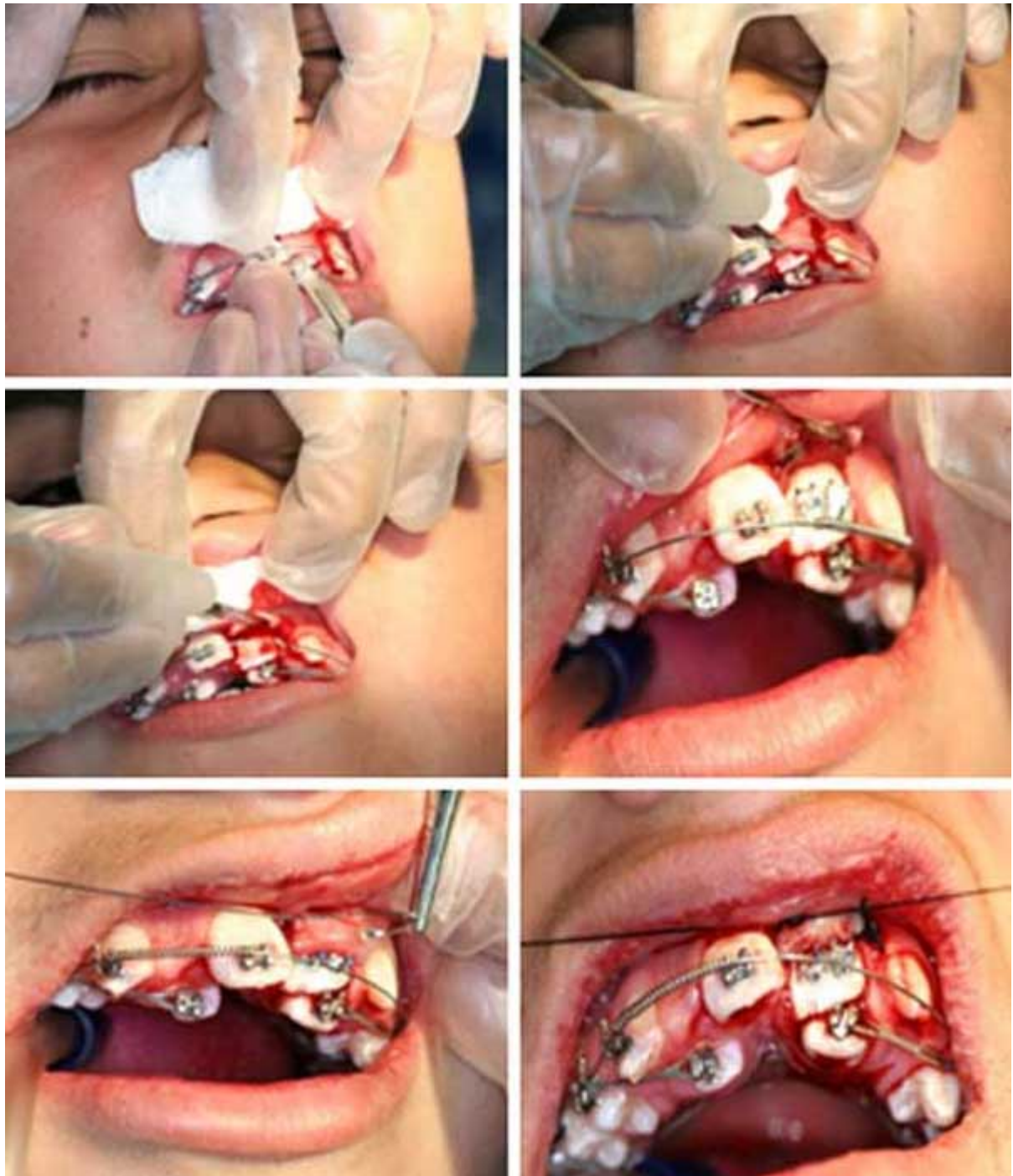


Fig 8
Exposicion quirúrgica del incisivo central superior izquierdo



Fig 9 A
Incisivo central superior izquierdo expuesto quirúrgica



Fig 9 B
1 Mes después de la exposición

Los estudios de progreso se tomaron 1 año después fotografía de frente (fig 10 A) fotografía de perfil (fig 10 B). (fig 11) vemos la incorporación de los incisivos centrales y laterales al arco .línea media dental desviada 1,5 mm a la derecha. (fig 12) radiografía panorámica de progreso donde se observa el incisivo en el arco sin ninguna alteración aparente en sus estructuras.



Fig 10 A
Fotografía de frente .Progreso



Fig 10 B
Fotografía de perfil. Progreso.



Fig 11
Fotografía de frente .incorporación de
incisivos superiores en el arco



Fig 12
Radiografía panorámica de progreso

Estudios finales del tratamiento.

Los estudios se tomaron a cabo de 3 años en la fig. 13 se puede observar la simetría facial, competencia labial del paciente.



Fig 13
Fotografía de frente y de perfil. Estudios finales.

El incisivo central superior izquierdo fue correctamente alineado en su posición adecuada al igual que se logro corregir el apiñamiento superior e inferior que se presento en el inicio del tratamiento. En la evaluación periodontal se mostro un contorno gingival aceptable y suficiente espesor de tejido gingival queratinizado Al mismo tiempo se obtuvo un buen overbite y overjet fig14



Fig 14
Fotografía de frente. Correcta alineación y overjet y overbite

La radiografía panorámica fig 15 mostró raíces con proporciones normales y no tener raíz aparente con reabsorción o pérdida de hueso. El paralelismo radicular aceptable. En la evaluación periodontal se mostro un contorno gingival aceptable y suficiente espesor de de tejido gingival queratinizado Al mismo tiempo se obtuvo un buen overbite y overjet



Fig 15
Radiografía panorámica final

Discusión

Para Lorenz el pronóstico para la erupción por medios ortodóncicos dependerá de la posición y angulación

del diente retenido, la duración del tratamiento, la edad del paciente, el grado de cooperación del paciente, la presencia de espacio disponible y la presencia de tejido gingival queratinizado (10) Frank Ch menciona que al encontrarnos con la presencia de un incisivo central retenido se puede diagnosticar tempranamente por parte de sus acudientes y/o familiares al notar la diferencia entre la erupción del incisivo de un lado y del otro. El diagnóstico precoz puede ser muy importante en la rapidez y sencillez del tratamiento. En nuestro caso fue de vital importancia el buen diagnóstico, el buen manejo interdisciplinario, la gran cooperación del paciente, para así resolver lo que fue el grado de apiñamiento y la incorporación adecuada del central superior izquierdo al arco. Siempre que las condiciones lo permitan el tratamiento debe ser tan mínimo como sea posible para facilitar la erupción natural del diente. El tratamiento conservador permitiría la formación normal de bandas de tejido gingival queratinizado alrededor del diente brotado (11) De acuerdo a Di Salvo, y Shapira la mayoría de los dientes impactados erupcionan si se retiran las barreras de tejido óseo, dentario o gingival que obstruyen su normal erupción (12-13). Algunos autores como Proffit, Nazif plantean que la mayoría de los dientes impactados mantienen su potencial eruptivo aun después de la formación de sus ápices radiculares. (14-15). Sin embargo el tratamiento en edades tempranas cuando aun el desarrollo radicular es incompleto nos ofrece un margen más seguro para la erupción por vías fisiológicas.

Conclusiones El diagnóstico adecuado, con el manejo interdisciplinario y una técnica quirúrgica ideal de un incisivo central superior impactado da al ortodoncista una posibilidad de tratamiento más rápido y conservador y así conseguir al finalizar el tratamiento una buena salud periodontal y una excelente estabilidad oclusal a largo plazo.

Bibliografía

1. Becker A. Early treatment for impacted maxillary incisors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002; 121:586-7.
2. Olga-elpis g. kolokitha, Alexandra k. Papadopoulou impaction and apical root angulation of the maxillary central incisors due to supernumerary teeth: combined surgical and orthodontic treatment *american journal of orthodontics & dentofacial orthopedics* july 2008 (vol. 134, issue 1, pages 153-160)
3. Giancotti A, Grazzini F, De Dominicis F, Romanini G, Arcuri C. Multidisciplinary evaluation and clinical management of mesiodens. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26:233-7.
4. Ibricevic H, Al-Mesad S, Mustagrudic D, Al-Zohejry N. Supernumerary teeth causing impaction of permanent maxillary incisors. *J Clin Pediatr Dent* 2003; 27:327-32.
5. Batra P, Duggal R, Kharbanda OP, Parkash H. Orthodontic treatment of impacted anterior teeth due to odontomas: a report of two cases. *J Clin Pediatr Dent* 2004; 28:289-94. Morning P. Impacted teeth in relation to odontomas. *Int J Oral Surg* 1980; 9:81-91.
6. Andreasen JO, Sundstrom B, Ravn JJ. The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors. I. A clinical and histologic study of 117 injured permanent teeth. *Scand J Dent Res* 1971; 79:219-83.
7. Andreasen JO, Ravn JJ. The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors. II. A clinical and radiographic follow-up study of 213 teeth. *Scand J Dent Res* 1971; 79:284-94
8. Bayram M, Özer M, Sener I. Bilaterally Impacted Maxillary Central Incisors: Surgical Exposure and Orthodontic Treatment: A Case Report *The Journal of Contemporary Dental Practice*, Volume

7, No. 4, September 1, 2006.

9. Frank Ch A, treatment options for impacted teeth. S. Am Dent Assoc, Vol 131, No 5, 623-632, 2000.
10. Lorenz T. Orthodontic considerations of the impacted canine. J Gen Orthod 1990;1: 12-21.
11. Frank Ch A, treatment options for impacted teeth. S. Am Dent Assoc, Vol 131, No 5, 623-632, 2000.
12. Di Salvo NA. Evaluation of unerupted teeth: orthodontic viewpoint. JADA 1971; 82:829-35.
13. Shapira Y, Borell G, Kuftinec M, Nahlieli O. Bringing impacted mandibular second premolars into occlusion. JADA 1996; 127:1075-8.
14. Proffit WR. Contemporary orthodontics. St. Louis: Mosby; 1993:217-9, 403-10.
15. Nazif MM, Ruffalo RC, Zullo T. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. JADA 1983; 106:201-4.