

TRATAMIENTO INTEGRAL PARA LOS CANINOS IMPACTADOS

INTEGRAL DENTAL TREATMENT FOR IMPACTED CANINES

Ronald Alfonso León, Antonio José Díaz**

*** Estudiante, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia.**

**** Odontólogo especialista en periodoncia, máster en educación, Profesor titular, Director de Investigaciones, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia.**

Correspondencia: Dr. Antonio José Díaz, Campus de Zaragocilla, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia. Correo electrónico: antoniodiaz@yahoo.com

Recibido: 09-10-2007, Revisado: 26-03-2008, Aceptado: 26-03-2008.

Introducción

El término diente incluido o impactado se utiliza comúnmente para todo diente que presenta cierta anomalía en la posición o situación que le impida erupcionar llegada la época normal de exfoliación, se mantiene retenido parcial o totalmente y permanece en el maxilar (1, 2).

Estas retenciones pueden encontrarse en distintos lugares de la cavidad oral como palatina, lingual y vestibular. Existen factores que intervienen en la retención dentaria según la época de erupción (3), situación, origen, anomalías, factores mecánicos provocados por la falta de espacios, dientes primarios anquilosados (4), exodoncias prematuras, posiciones inadecuadas del diente en erupción, traumas (5), dientes supernumerarios, quistes dentígeros, al igual que odontomas (6). Asimismo, pueden intervenir otras alteraciones que impiden una erupción o cambio fisiológico dental debido a enfermedades sistémicas relacionadas con metabolismos que alteran la erupción (7).

Los dientes impactados son comunes y frecuentemente tratados con erupción ortodóntica. Sin embargo, este tratamiento puede iniciar problemas periodontales indeseables. Según Ugalde et al. el canino superior es el diente que con más frecuencia se presenta incluido con un 34%, mientras que los otros dientes incluidos no alcanzan el 5% (8, 9).

Para realizar un buen diagnóstico y plan de tratamiento es oportuno efectuar un cuidadoso estudio radiográfico cuyo propósito es verificar la presencia del diente impactado, evaluar la morfología y estructura del mismo, confirmar la presencia o ausencia de obstáculos para realizar la tracción ortodóntica, localizar exactamente el grado de inclusión y la localización exacta de los dientes retenidos.

El tratamiento ortodóntico de los órganos dentarios impactados tienen como propósito llevar al diente a su correcta posición en el arco dental sin causar un daño periodontal (10). Este daño se puede observar en diversas formas o manifestaciones, dentro de esas expresiones puede ser en forma de recesión gingival, pérdida del hueso alveolar, disminución de la encía adherida, enfermedad periodontal subyacente o inflamación gingival (11).

Si se logra descubrir a edad temprana el problema de un diente impactado o cualquier alteración de la erupción se podría resolver más rápida y efectivamente dicho problema, se evitan complicaciones que comprometan la integridad del resto de los dientes, como la resorción radicular, problemas periodontales y maloclusiones severas (12). Reposicionar un diente retenido envuelve una combinación de tratamientos: quirúrgico, periodontal y ortodóntico, así como un largo

período de trabajo. Por esta razón muchos de los clínicos prefieren realizar la exodoncia del diente y de esta manera resolver el problema de forma definitiva.

Las opciones de tratamiento dependen mucho del tipo de retención (vestibular o palatino), la severidad de la misma y la edad del paciente. La mayoría requiere de una intervención quirúrgica, remoción, exposición o trasplante, con o sin tracción ortodóntica. Normalmente se requieren dos tipos de tratamiento: exposición simple o exposición con la colocación de un aparato ortodóntico después de la cirugía. Este tratamiento debe ser realizado tempranamente para prevenir daños a los dientes adyacentes.

Presentación del caso

Paciente de 12 años de edad de sexo masculino, sin antecedentes médicos de relevancia, que presentaba falsa anodoncia clínica en el sector anterosuperior izquierdo y se hizo diagnóstico de diente impactado.

Previo radiografía panorámica (Figura 1), se realizó incisión lineal vestibular con descargas relajantes, se procedió a levantar el colgajo, se creó una ventana mucosa y ósea exponiendo el canino. Posteriormente con técnica de grabado ácido y resina de fotopolimerizado se realizó la colocación de un botón de ligadura. Se finalizó la intervención quirúrgica con sutura con seda negra trenzada 4-0. Siete días después se retiraron los puntos de sutura. En citas posteriores, se vio evidencia clínica de la erupción de órgano dentario y mantenía el ancho de encía queratinizada. (Figuras 2 a 7).



Figura 1. Radiografía panorámica donde se aprecia la imagen de órgano dentario impactado



Figura 2. Inspección clínica inicial donde se aprecia ausencia clínica de órgano dentario 23 y abultamiento vestibular de dicha región.



Figura 3. Cementación de la aparatología ortodóntica fija con la resina adecuada durante el procedimiento quirúrgico.



Figura 4. Sutura simple con seda negra 4-0, posicionando la encía a nivel apical con su adecuada banda queratinizada.



Figura 5. Vista frontal posquirúrgica después del retiro de los puntos de suturas a los 7 días. Se nota la encía queratinizada en posición apical, presencia del diente en boca.



Figura 6. Vista frontal donde se aprecia el anclaje de la ligadura al aparato ortodóntico fijo.



Figura 7. Vista lateral donde se nota la erupción total del diente impactado 2 meses después de la cirugía. Es notorio que la posición de la encía corresponde con el tamaño clínico del diente ya erupcionado.

Discusión

La tracción ortodóntica junto con cirugía de colgajo posicionado apical para solucionar casos

de incisivos impactados son unas de las opciones terapéuticas con mejores resultados estéticos en distintos casos clínicos (13-16). En el caso descrito anteriormente el equipo multidisciplinario esperaba obtener una tracción eficaz que posicionara el incisivo en su espacio adecuado dado que la edad y las características del paciente lo propiciaban (17).

La terapéutica empleada en este caso trae beneficios para el grupo multidisciplinario y para el paciente dado que la información disponible reafirma que el número elevado de casos tratados de esta manera tienen una resolución relativamente rápida y eficaz lo que previene patologías orales más complejas (18). El caso clínico anterior refuerza la opinión de muchos cirujanos y ortodoncistas en cuanto a una de las diferentes maneras de tratar los dientes centrales impactados, mediante la combinación de especialidades odontológicas (19, 20).

Conclusión

El uso de la técnica del colgajo de posición apical junto con tracción ortodóntica, cuando el paciente posee un espacio para la recomodación del incisivo, tiene un resultado positivo.

Referencias

1. Booth FA, Edelman JM, Proffit WR. Twenty-year follow-up of patients with permanently bonded mandibular canine-to-canine retainers. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008; 133: 70-6.
2. Armstrong C, Johnston C, Burden D, Stevenson M. Localizing ectopic maxillary canines—horizontal or vertical parallax? *Eur J Orthod* 2003; 25: 585-9.
3. Otsuka Y, Mitomi T, Tomizawa M, Noda T. A review of clinical features in 13 cases of impacted primary teeth. *Int J Paediatr Dent* 2001; 1: 57-63.
4. Proffit WR, Bennett IC. Space maintenance, serial extraction, and the general practitioner. *J Am Dent Assoc* 1967; 74: 411-9.

5. Albuquerque MJ, Calasans MD, Rodrigues EN, de Oliveira AC. Orthodontic movement in traumatically intruded teeth: a case report. *J Dent Child* 2003; 19: 292-5.
6. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15: 37-43.
7. Spencer RJ. Developmentally absent maxillary lateral incisors. *Br Dent J* 2007; 203: 654-5.
8. Ugalde FJ. Clasificación de caninos retenidos y su aplicación clínica. *ADM* 2001; 58: 21-30.
9. Lara E, Kubodera T, Montiel N, Centeno C, Ezquibel G, Zárate C, et al. Tratamiento ortodóntico de caninos superiores bilaterales retenidos. *ADM* 2005; 62: 191-7.
10. Carnevale G, Cairo F, Tonetti M. Long term effects of supportive therapy in periodontal patients treated with fibre retention osseous resective surgery I recurrence of pockets, bleeding on probing and tooth loss. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 334-41.
11. Crescini A, Nieri M, Buti J, Baccetti T, Mauro S, Pini P, et al. Short- and long-term periodontal evaluation of impacted canines treated with a closed surgical orthodontic approach. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 232-42.
12. Padburi A, Eber R, Wang H. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 379-85.
13. Yavuz MS, Aras MH, Büyükkurt MC, Tozoglu S. Impacted mandibular canines. *J Contemp Dent Pract* 2007; 8: 78-85.
14. Bishara SE. Ectopic maxillary canines: a review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1992; 101: 159-71.
15. Kocadereli I, Turgut M. Surgical and orthodontic treatment of an impacted permanent incisor: case report. *J Dent Child* 2005; 21: 234-9.
16. Lenzi AR, Medeiros PJ. Severe sequelae of acute dental trauma in the primary dentition a case report. *J Dent Child* 2006; 22: 334-6.
17. Conley RS, Boyd SB, Legan HL, Jernigan CC, Starling C, Potts C. Treatment of a patient with multiple impacted teeth. *Angle Orthod* 2007; 77: 735-41.
18. Fuss Z, Tsesis I, Lin S. Root resorption diagnosis, classification and treatment choices based on stimulation factors. *J Dent Child* 2003; 19: 175-82.
19. Kuroe K, Tomonari H, Soejima K, Maeda A. Surgical repositioning of a developing maxillary permanent central incisor in a horizontal position: spontaneous eruption and root formation. *Eur J Orthod* 2006; 28: 206-9.
20. Chaushu S, Brin I, Ben-Bassat Y, Zilberman Y, Becker A. Periodontal status following surgical orthodontic alignment of impacted central incisors with an open-eruption technique. *Eur J Orthod* 2003; 25: 579-84.