

# *Tracción de incisivo central superior permanente incluido: caso clínico*

## *Dragging an impacted permanent central superior incisor: case report*

*Iranela Miranda de Cortizo, Ulacit, Panamá, imiranda@ulacit.ac.pa*  
*Ana María Ortiz, Ulacit, Panamá, anamariaortizsilva@gmail.com*

### **RESUMEN**

*La presencia de uno o varios dientes incluidos es una situación que complica el tratamiento de ortodoncia, y conlleva a la toma de decisiones clínicas arriesgadas, para poder brindar al paciente una apariencia estética y una relación funcional adecuada, preservando siempre la integridad de los dientes y tejidos periorales adyacentes; siendo esto el mayor reto a la hora de planificar el tratamiento. Este artículo muestra el caso clínico de un incisivo central superior incluido en un paciente de 7 años de edad, el cual fue ubicado en su posición natural dentro de la arcada, mediante la utilización de un aparato de anclaje modificado, en la arcada inferior.*

### **PALABRAS CLAVE**

*Exposición quirúrgica, incisivo incluido, tracción ortodóntica*

### **ABSTRACT**

*The presence of one or various impacted teeth is a situation that complicates the orthodontic treatment and leads to risky clinical decisions; in order to provide the patient with an aesthetic appearance and an adequate functional relationship, always preserving the integrity of the tooth and adjacent perioral tissue; this being the biggest challenge when planning treatment. This article presents the clinical case of a central superior incisor impacted on a 7 year old patient, which was located in a natural position inside the arch, using a modified lingual anchorage, in the inferior arch.*

### **KEYWORDS**

*Surgical exposure, include incisor, orthodontic traction*

Recibido: 13 Febrero, 2014.

Aceptado para publicar: 12 Junio, 2014.

## INTRODUCCIÓN

A menudo, los términos de impacción y retención causan un poco de confusión; sin embargo, ambos conceptos describen alteraciones eruptivas diferentes. El primero es la detención de la erupción de un diente producida; o, bien por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos), o por una posición anormal del diente, al tiempo que existen signos clínicos y radiográficos de que esta erupción no va a proseguir. Por otro lado, el diente retenido es aquel en el que no podemos identificar una barrera física y que ha perforado el techo óseo con apertura o no del saco pericoronario, pero puede hacer su aparición en boca o mantenerse submucoso.

La inclusión se refiere aquel diente incluido que se encuentra dentro del hueso, la cual se puede dar de dos maneras: cuando la pieza incluida permanece en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual, se le denomina inclusión ectópica y cuando el diente se halla más alejado de su localización habitual se define como inclusión heterotópica.

En la población pediátrica los dientes más frecuentemente incluidos son: primero, caninos maxilares; segundo, incisivos maxilares; y, terceros, premolares mandibulares.

Dentro de las posibles causas de retraso aislado de la erupción de uno o ambos incisivos centrales superiores permanentes, podemos encontrar: agenesia, causas traumáticas, ectopia idiopática del germen, causas obstructivas.

La inclusión de uno o ambos incisivos centrales superiores permanentes puede ser un fenómeno aislado; o, ir acompañado de otros problemas óseos o dentarios; por ello el ortodoncista debe realizar

una rigurosa anamnesis y exploración clínica, con el fin de definir maloclusión global que se presenta. La exploración radiográfica es una de las herramientas clave para el diagnóstico de inclusiones de los incisivos superiores, ya que nos permite confirmar nuestras sospechas clínicas, definir con precisión la localización del diente o dientes incluidos; y, en muchos casos determinar su causa. Las tomografías, nos proporcionan una información mucho más exacta sobre la ubicación, forma y desarrollo de la pieza incluida.

En dichas imágenes radiográficas puede observarse también la presencia o no de una dilaceración radicular, que no es más que la rotación o angulación de la raíz de un diente permanente, debido a un trauma sufrido por su predecesor deciduo.

El éxito del tratamiento o tracción de una pieza incluida, no se obtiene sólo con la incorporación del diente en la arcada, pues adicional a esto debemos finalizar el caso con una condición radicular aceptable que disminuya al mínimo la posibilidad de reabsorción, buen soporte óseo, adecuada arquitectura de los tejidos gingivales y una relación oclusal funcional, que garantice la vitalidad de esta pieza a largo plazo.

## INFORME DE UN CASO

Este artículo describe la biomecánica realizada para el tratamiento de un incisivo central superior

derecho impactado en dentición mixta, mediante fuerzas sagitales y verticales leves, apoyadas en un aparato de anclaje modificado en el arco inferior. Todo esto manteniendo la salud periodontal y preservando al máximo la longitud radicular.

Paciente masculino de 8 años de edad, con historia de trauma dental en el pasado, es llevado por sus padres a la consulta de ortodoncia, ya que querían que uno de sus incisivos centrales superiores terminara de erupcionar. (Fig.1-A 1-B) Al examen facial presenta un perfil levemente convexo, competencia labial, tipo facial prognático, braquifacial. El análisis cefalométrico expresa una clase II esquelética por retrusión mandibular y un crecimiento hipodivergente. (Fig.2 en página 56) Al examen clínico se observa dentición mixta, relación molar clase II derecha e izquierda, mordida profunda, línea media superior desviada hacia la derecha. La evaluación radiográfica muestra la presencia de un incisivo central superior derecho dislacerado, no erupcionado.

El plan de tratamiento contempla tracción del incisivo central incluido mediante manejo multidisciplinario con cirugía, ortodoncia y periodoncia, tratando de conservar la mayor cantidad de hueso alveolar, raíz y tejido mucoso.

## PROCEDIMIENTO

Se procedió a la colocación de bandas en las piezas 36, 75, 46 y 85, con



Fig. 1-A



Fig. 1-B Paciente masculino de 8 años de edad con incisivo central superior incluido.

la finalidad de elaborar un arco lingual modificado (Fig. 3). Posterior a la cementación del aparato, se realizó la exposición quirúrgica de la pieza 11, mediante un colgajo vestibular de reposición apical. Una vez expuesta la pieza dental, se procedió a la colocación de un dispositivo para la tracción, utilizando un elástico  $\frac{3}{4}$  2 oz, que iba desde el dispositivo al arco lingual al dispositivo de la pieza afectada. (Fig. 4). El aparato fue confeccionado en alambre 0,32" de acero, el cual se cementó en la cara vestibular del incisivo central expuesto quirúrgicamente.

El movimiento dental fue monitoreado cada 3 semanas. Una vez observada la corona clínica del diente, se realizó la toma de una radiografía periapical en el área de las piezas 11,12, 21,22 (Fig. 5). Al determinarse que la corona clínica de la pieza 11 había emergido a la cavidad bucal, se decide cementar un botón en la cara vestibular. Continúa con elástico de  $\frac{3}{4}$  2 oz (Fig. 6).

Cementado de brackets 4x2 y bandas en primeras molares superiores. Se inicia la nivelación mediante arcos Nitti 0.016", open coil entre 12 -21 para alineación y



Fig. 3. Cementado de arco lingual modificado.

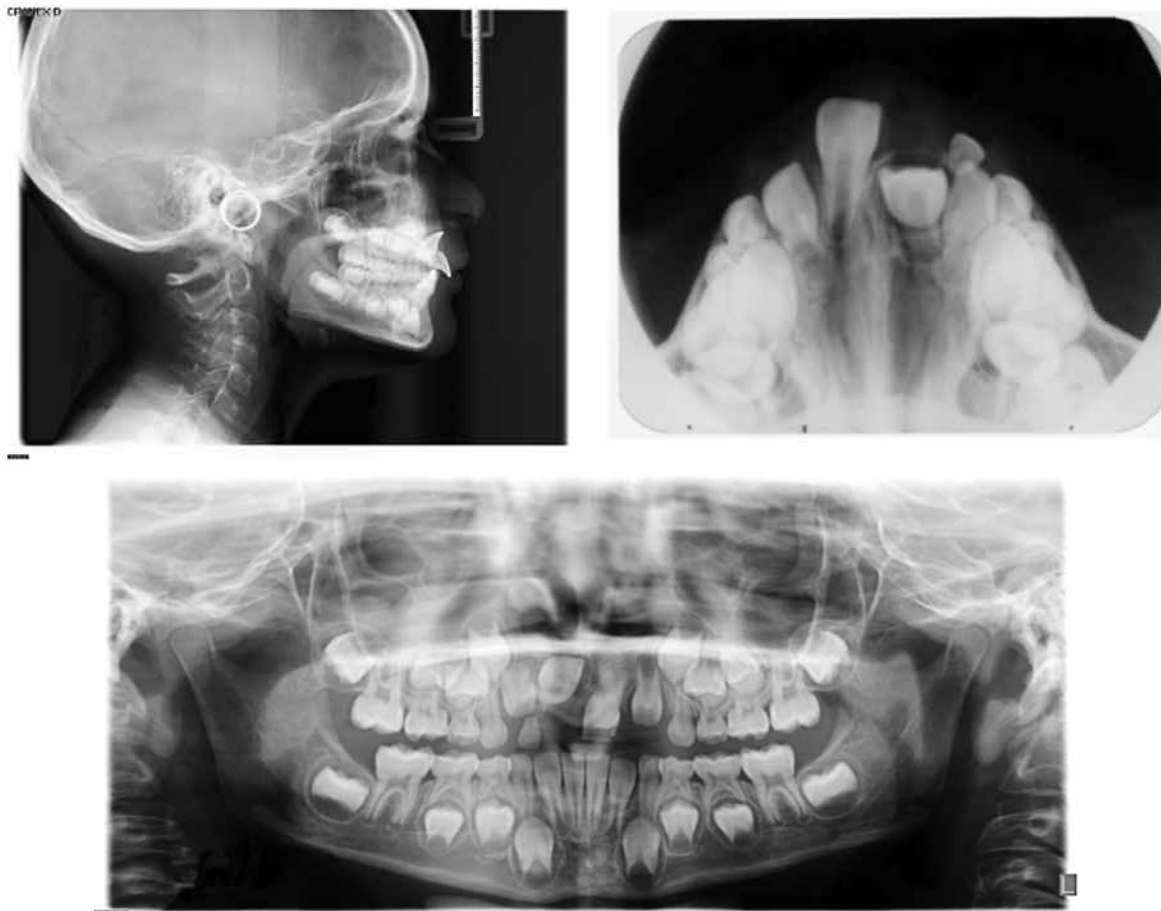


Fig. 2 Radiografía panorámica, oclusal y cefálica lateral, muestran la presencia de un incisivo superior impactado y dilacerado producto de un trauma dental en el pasado.



Fig. 4. Cementado de dispositivo para traccionar y colocación de elástico.



Fig. 5. Radiografía periapical a las 8 semanas de activación de tracción del 11.

nivelación de incisivos y mantenimiento de espacio para el 11. Luego se pasa a arco 0,016" x 0,022" Nitti hasta llegar acero del mismo calibre manteniendo el espacio del incisivo central mediante el open coil entre 12 -21 (Fig. 8).

Para lograr la alineación y nivelación del incisivo central superior derecho, se coloca un bypass con alambre 0.014" Nitti. Se utilizó una cadena elástica que iba de la pieza al arco principal, para ayudar un poco más la tracción hasta lograr su aproximación al plano oclusal (Fig. 9 – Fig. 10).

Una vez ubicado el diente en la arcada, se procedió al cierre de diastema mediante cadena elástica y recontorneado gingival realizado por el periodoncista, para mejorar altura gingival y estética. (Fig. 11).

### Resultado del tratamiento

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El paciente en este caso fue tratado durante dentición mixta, y presentaba dilaceración y desarrollo incompleto de la raíz del incisivo superior derecho.

Dentro de las opciones de tratamiento que se presentaron teníamos:



Fig. 6. Cementado de botón en la cara vestibular del 11 y colocación de elástico de ¾ 2 oz.



Fig. 8. Cementado de brackets 4x2, arco de Ntti 0.016" y open coil entre 12 -21.

1. Extracción del incisivo incluido con el fin de evitar la formación de algún quiste dentígero a futuro, pero debido a la edad del paciente se rechazó esta opción de tratamiento, ya que habría que esperar demasiado tiempo para la rehabilitación protésica mediante implante o puente fijo, lo que traería como consecuencia la pérdida de hueso a lo largo del tiempo, lo cual no es conveniente en ningún tipo de rehabilitación.

2. Tracción del diente incluido mediante fuerzas ligeras y controladas.

3. Mantener el diente incluido bajo observación hasta que el paciente tenga la edad necesaria para la extracción y rehabilitación mediante implante.

Se decide la tracción del incisivo, ya que a pesar del riesgo de reabsorción que pueda presentar, había muchas posibilidades de que el diente llegara a la posición que le correspondía, sin producir efectos adversos en la pulpa dental. Finalmente, la pieza se mantendría muchos años en la boca, preservando el hueso para un futuro implante.

Se presentan imágenes del paciente con la pieza 1.1 en posición estética y funcional correctas, y radiografía periapical. (Fig. 12, Fig. 13). ■■■

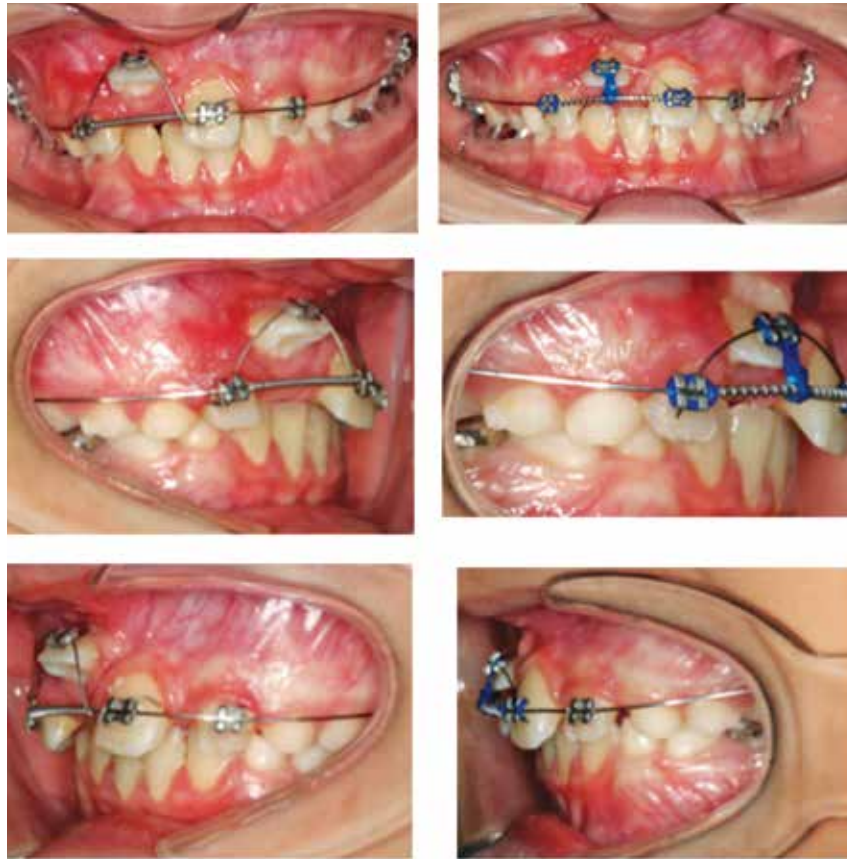


Fig. 9. Alineación y nivelación de incisivo central superior derecho mediante bypass y uso de cadena elástica.



Fig. 10. Alineación y nivelación con arco 0.016" x 0.022" Acero.

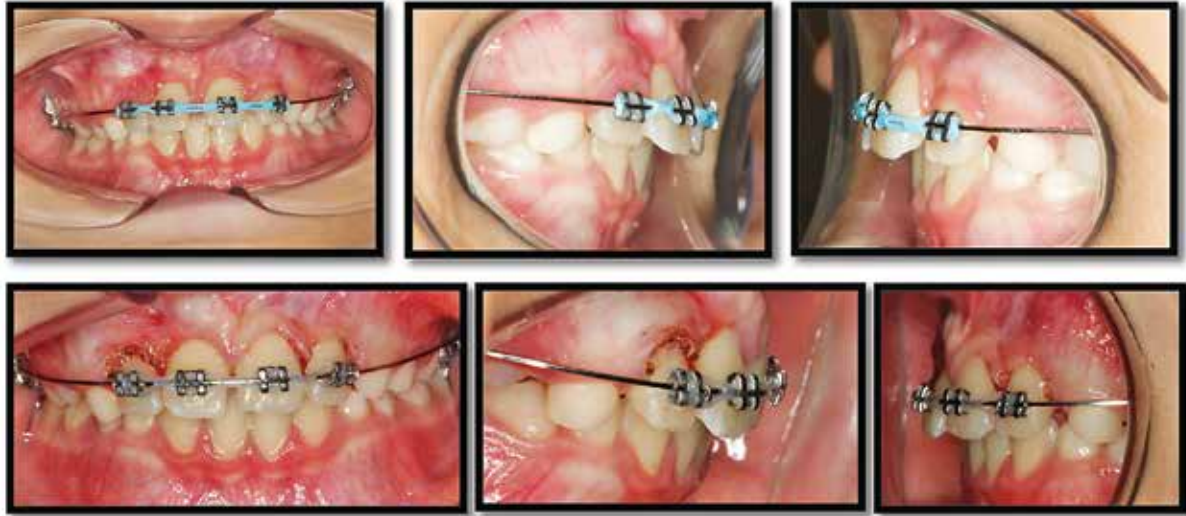


Fig. 11. Alineación y nivelación con arco 0.016"x0.022" Acero.



Fig. 12. Avance del tratamiento.





Fig. 13. Radiografía periapical, con pieza 1.1, en posición vertical.

### **BIBLIOGRAFÍA**

VALERA, M. (2005). *Ortodoncia interdisciplinar*. Editorial Oceano. Vol 1, pág 305.

GARMENDÍA, F. Á. (2000). *Retención dentaria*. Rev Cubana

ESCODA, C. (2003). *Tratado de cirugía bucal*. Editor: Ergon.

RASPAL, G. (2007). *Cirugía oral e implantología / Oral Surgery and Implantology*. Editorial Médica PANAMERICANA. España, pág 96.

VALERA, M. (2005). *Ortodoncia interdisciplinar*. Editorial Océano. Vol 1, pág 276.



Derechos de Autor © 2014 Irelana Miranda de Cortizo y Ana María Ortiz. Esta obra se encuentra protegida por una [licencia Creative Commons de Atribución Internacional 4.0 \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)