

Medicentro 2000;4(1)

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
"DR. SERAFIN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**CARTA AL EDITOR**

## **Tratamiento ortodóntico-quirúrgico. Un objetivo común**

Por:

Dra. Olga Lidia Véliz Concepción<sup>1</sup>, Dra. Maira Sáez Luna<sup>1</sup>, y Dr. William Portal Fernández<sup>2</sup>

1. Especialista de I Grado en Ortodoncia. Clínica Docente de Especialidades de Santa Clara. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Cirugía Máxilo-Facial. Hospital "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara.

Señor Editor:

El progreso y los cambios actuales de conceptos que han ocurrido en la odontología garantizan la posibilidad de que un mayor número de pacientes reciban tratamientos dentales con diagnósticos completos, exámenes clínicos y radiográficos exhaustivos. La impacción dentaria ha sido y es un reto desde todos los puntos de vista, y no puede compararse con ningún problema corriente<sup>1</sup>.

Los datos científicos abogan a favor de la eliminación precoz y correcta del diente impactado, patológico, como un procedimiento preventivo lógico y seguro desde el punto de vista fisiológico; sin embargo, en ortodoncia, la exéresis de estos dientes sólo está indicada cuando el ortodontista considera que la extracción podrá facilitar el tratamiento completo del paciente y que los mismos no realizarán una función útil en la cavidad bucal, lo que es más difícil de decidir cuando se trata de un niño adolescente, ya que la edad es un factor importante a la hora de decidir el tratamiento adecuado<sup>2-4</sup>.

La erupción retrasada o demorada de los dientes permanentes puede estar asociada a factores locales o generales, y en la mayoría de los pacientes a causa desconocida. La retención es más frecuente en los terceros molares, caninos superiores y premolares. Los premolares retenidos casi siempre son los segundos, motivado por falta de espacio en el arco, por pérdida prematura del molar deciduo o por su permanencia prolongada, debido a la falta de reabsorción de sus raíces, anquilosis o factores complementamente desconocidos. Se produce la desviación de la dirección de brote del segundo premolar o la erupción, aunque presente una ubicación normal, y adopta diversas posiciones en relación con las raíces de los dientes erupcionados<sup>5,6</sup>.

Shafer<sup>7</sup> plantea que la anquilosis de los dientes primarios es más común en los segundos molares temporales inferiores, y experimentan un grado variable de reabsorción radicular.

La causa de la anquilosis es también desconocida. En algunos casos de traumas e infección, han sido considerados como factores causales.

La vinculación de la cirugía a la ortodoncia abre una puerta de oportunidades y opciones a los pacientes que padecen estas afecciones, tanto en el aspecto curativo como en la prevención

de anomalías dentofaciales, lo cual permite mantener la integridad del arco, una sonrisa atractiva y la presencia de estructuras bucales sanas<sup>8</sup>. Por ello, es propósito de este trabajo sugerir las ventajas de la combinación ortodóntica y quirúrgica en pacientes con anquilosis, desviación y retención dentaria mediante la presentación de dos pacientes.

Paciente 1:

Sexo femenino, raza blanca y seis y medio años de edad. Carece de antecedentes patológicos personales. Dentición mixta temprana, y acude a consulta por presentar el 75 ingresado, descubierta parcialmente su corona en el arco y el 36 con inclinación mesial.

Se realiza radiografía panorámica en la que se observa el 75 anquilosado y su sucesor permanente con posición transversa; la radiografía fue corroborada con radiografías periapicales (Fig 1).

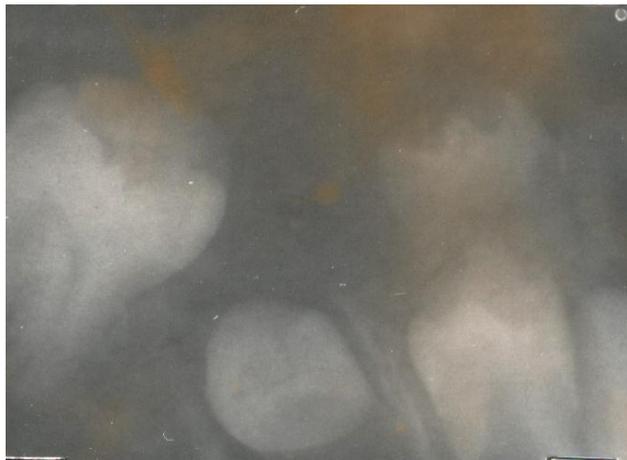


Fig 1 Radiografía periapical donde se observa anquilosis del 75 y sucesor permanente en posición transversa. (Paciente 1 antes del tratamiento).

Se interconsulta con la especialidad de Cirugía y se decide esperar un tiempo para su exéresis, con el objetivo de que el 35 tomara una posición más favorable. Transcurrido un año, se decide realizar en el mismo acto quirúrgico la exodoncia del 75 y el enderezamiento del 35. Posteriormente se colocó un aparato fijo para mantener el espacio en el arco. La paciente fue seguida cada dos meses, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, y en dichos exámenes periódicos se controló el brote del 35 y la posición del 36. Un año después del procedimiento quirúrgico, erupciona el 35 en el arco con rotación mesiovestibular y ligero cambio de coloración. La respuesta a la prueba eléctrica fue positiva y el 36 mejoró su inclinación mesial.

Actualmente la paciente tiene dos años y medio de operada y continúa manteniendo una evolución satisfactoria (Fig 2).

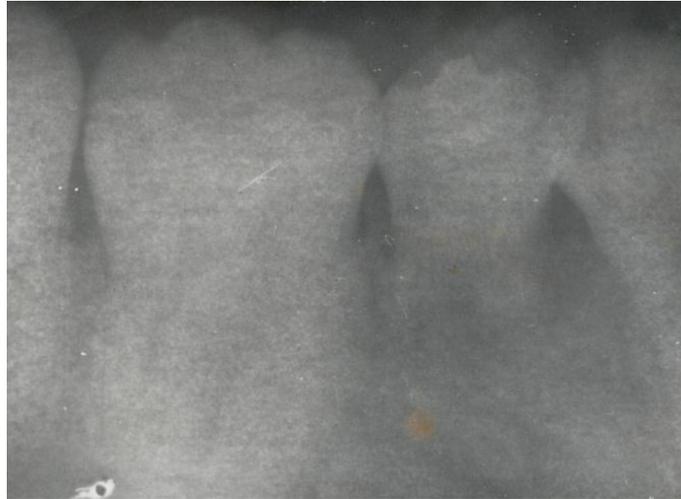


Fig 2 En la radiografía se observa el 35 que ocupa su lugar en la arcada dos años y medio después del tratamiento (Paciente 1).

#### Paciente 2

Sexo masculino, de 14 años de edad y raza blanca, que desde los 9 años ha recibido tratamiento ortodóntico por presentar retardo dentario y vestibuloversión de incisivos, ocasionado por un hábito de respiración bucal sin componente orgánico. No refiere antecedentes patológicos personales.

Al realizar examen de la boca en la consulta de control de brote, se observa ausencia clínica de 35 y 45; el resto de la dentición se correspondía con la edad.

Mediante el interrogatorio no se obtuvo información que explicara las posibles causas del retardo. En el examen de la cara, así como en lo funcional, no se encontraron anomalías.

En la radiografía panorámica se observaron todos los dientes permanentes (de 7 a 7) brotados, con un grado de calcificación adecuada, excepto 35 y 45 que no han completado su calcificación radicular, sin que el espacio sea suficiente, pues éste se ha cerrado por inclinación distal de los 4. Ambas bicúspides están retenidas con una inclinación distal de sus coronas (Fig 3).

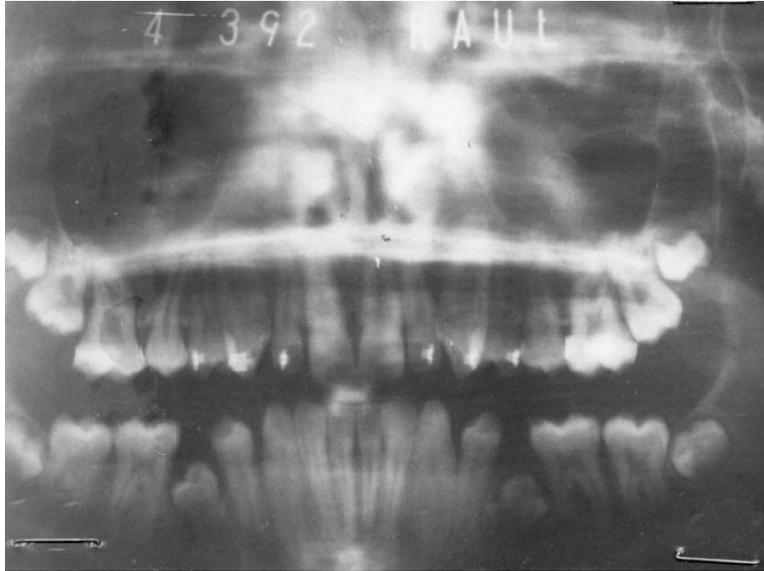


Fig 3 En la radiografía panorámica pueden observarse los segundos bicúspides inferiores retenidos, con inclinación distal de sus coronas y escasa calcificación radicular. (Paciente 2 antes del tratamiento).

El caso fue valorado con cirugía maxilofacial y se decidió recuperar el espacio de los bicúspides retenidos, y mediante intervención quirúrgica ubicar el germen dentario en su posición correcta. El espacio para colocar los dientes inclinados en su posición correcta fue logrado mediante la verticalización de 34 y 44 con un resorte en espiral.

En el salón de cirugía menor se procedió a descubrir y enderezar, así como a colocar en su lugar a 35 y 45, los cuales fueron ferulizados mediante brackets de cementado directo ligados a un arco vestibular. Se indicó dieta blanda durante siete días y no ingerir alimentos duros por varios meses. La férula se mantuvo durante seis meses.

La movilidad de los dientes enderezados fue disminuyendo gradualmente, y en el momento de retirar la férula era grado II.

Una vez retirada la férula ocurrió la rotación distovestibular del 35, con cierta inclinación vestibular, que no se intentó corregir pues interferiría en la oclusión.

Continuaron realizándose chequeos clinicorradiográficos por ambas especialidades con frecuencia de un mes, sin que se presentaran alteraciones, excepto en el color de la corona del 35, que mostró signos de hipoplasia del esmalte.

Actualmente el paciente evoluciona satisfactoriamente tras dos años del tratamiento efectuado (Fig 4).



Fig 4 Dos años después del tratamiento se observa la posición del 35 en la arcada dentaria. (Paciente 2).

#### Comentario

La combinación del tratamiento ortodóntico-quirúrgico permite la conservación de la integridad del arco dentario. Asimismo, el tratamiento precoz de los dientes retenidos preserva al individuo de maloclusiones futuras y rehabilitación protética.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirose K, Suzuki S, Kuroda T. A Long-term follow-up case of multiple impacted teeth associated to large follicular cyst in maxilla. *Kokubyo Gakkai Zasshi* 2000;67(2):213-220.
2. González Lumbreras L, Peñarroca Diago M, Guarinos Carbó J. Indicaciones de la extracción de los dientes incluidos. *Arch Odontoestomatol* 1995; 11(5):272-286.
3. Suñe JJ. Manejo de los caninos vestibulares no erupcionados. *Periodoncia* 1995;5(1):5-15.
4. Saéz Cueta V, Peñarroca Diago M, Martínez Miñana J, Minguez Sanz JM, Binet MJ. Tratamiento quirúrgico de los caninos incluidos. *ROE* 1996;1(8):427-434.
5. Stafne EC. Diagnóstico radiológico en odontología. Buenos Aires : Editorial Médico Panamericana; 1998.p.57-69, 70-73.
6. Solano Recina E, Campos Peña A, Mendoza A. Tratamiento quirúrgico ortodóntico del canino incluido. *Rev Iberoam Ortod* 1995;14(3):98-110.
7. Shefer WG, Hine MK, Levy BM. Trastornos del desarrollo de las estructuras bucales y parabucles. En: *Tratado de patología bucal*. 4a ed. México : Nueva Editorial Interamericana; 1986.p.11-65.
8. Frank CA. Treatment options for impacted teeth. *J Am Dent Assoc* 2000;131(5):623-632.