

Tratamiento temprano de paciente con agenesia de incisivo mandibular

Autora: María M. P. Martínez Maszezuk*



* Odontóloga de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Especialista en Ortodoncia.

RESUMEN

El reporte de este caso plantea el tratamiento oportuno de una maloclusión de Clase III, durante la etapa de dentición mixta temprana, con un incisivo mandibular ausente, por agenesia que se resuelve con cierre del espacio.

Palabras clave: tratamiento oportuno de Clase III, agenesia de incisivo mandibular.

ABSTRACT

This case report presents the timely treatment of a Class III malocclusion, in the early mixed dentition stage, with a missing mandibular incisor caused by agenesis which is handled with a space closure treatment.

Keywords: timely treatment of Class III malocclusion, mandibular incisor agenesis.

INTRODUCCIÓN

Son bien conocidas las ventajas que se obtienen al enfrentar oportunamente la maloclusión de Clase III (Cl III), como redireccionar el remanente de crecimiento hacia patrones eumórficos, para normalizar la estética y la función. En este caso, además, dicha maloclusión se acompaña de la agenesia de un incisivo mandibular. La agenesia dentaria se presenta en un 25 % de la población, con mayor prevalencia en mujeres blancas de origen europeo; y es la anomalía de desarrollo más frecuente, aunque la agenesia de los incisivos inferiores (I. I.) es poco común.¹

Entonces, el abordaje de un caso de agenesia podría autoproclamarse como la decisión terapéutica “de los senderos que se bifurcan” entre cerrar el espacio ortodónticamente o mantenerlo para el reemplazo implanto-protético, finalizado el crecimiento.²

Ambas alternativas son viables. La decisión se sustenta en factores como el perfil, la función oclusal, la relación longitud de arco-tamaño dentario. Y es clave el balance entre el tamaño de los dientes superiores e inferiores.³

En el reemplazo protético condicionarían: la estética periodontal, los cambios continuos de oclusión y tejidos de soporte durante el proceso de crecimiento, para evitar la infraoclusión, y largas etapas portando provisorios con déficit en la estética y la estabilidad.²

Por el contrario, al cerrar el espacio ortodónticamente, en la oclusión final no coincidirían

las líneas medias dentarias, el *overjet* podría resultar ligeramente aumentado, requerirse desgastes interproximales en el arco superior para mejorar las relaciones interarcadas, aunque los incisivos laterales superiores pequeños interactúan para que la oclusión derive en una Clase I canina. Además, existe el riesgo de aparición de triángulos negros entre los incisivos inferiores.^{3,4}

En el caso aquí descrito, se optó por el cierre del espacio. Esta decisión fue consensuada con la paciente y su familia, que deseaban una solución a expensas de “la dentición natural” obviando la colocación de un futuro implante, pero tal tratamiento ¿iría en detrimento del biotipo braquifacial severo?, ¿resultaría en un tiempo más prolongado de tratamiento? Asimismo, ¿acortaría la longitud del arco favoreciendo la compensación dentoalveolar de la maloclusión de Cl III, pero atentaría contra la sobremordida aumentada ya presente? Tales interrogantes nos llevaron a citar a Zachrisson: “...en Clase III leves tratadas con exodoncia de I. I. se observa un tipo a lingual de 5° y 2 mm de extrusión que acompaña a la retrusión con reducción de distancia intercanina de 3 mm”.⁴

Aplicaría todo aquello como ¿factores desfavorables? Sin dudas que así fue, pero a pesar de tales embates, el caso pudo resolverse satisfactoriamente.

INFORME DEL CASO CLÍNICO

- **Análisis médico y dental:** relata salud aparente. Hermano mayor con incisivos laterales conoides, prima con agenesia de premolares inferiores. En el arco inferior se observa la agenesia del 31 con permanencia del incisivo temporario.
- **Análisis clínico.** Vista facial frontal: tercio inferior ligeramente disminuido, mandíbula desviada a la derecha. Vista lateral: Perfil recto. Surco mento labial poco marcado y surco nasogeniano aumentado. (Fig. 1)



Fig. 1: Fotografías iniciales extraorales de frente, sonrisa y perfil.

Del análisis de los arcos dentarios se destaca el arco superior asimétrico, piezas 11 y 12

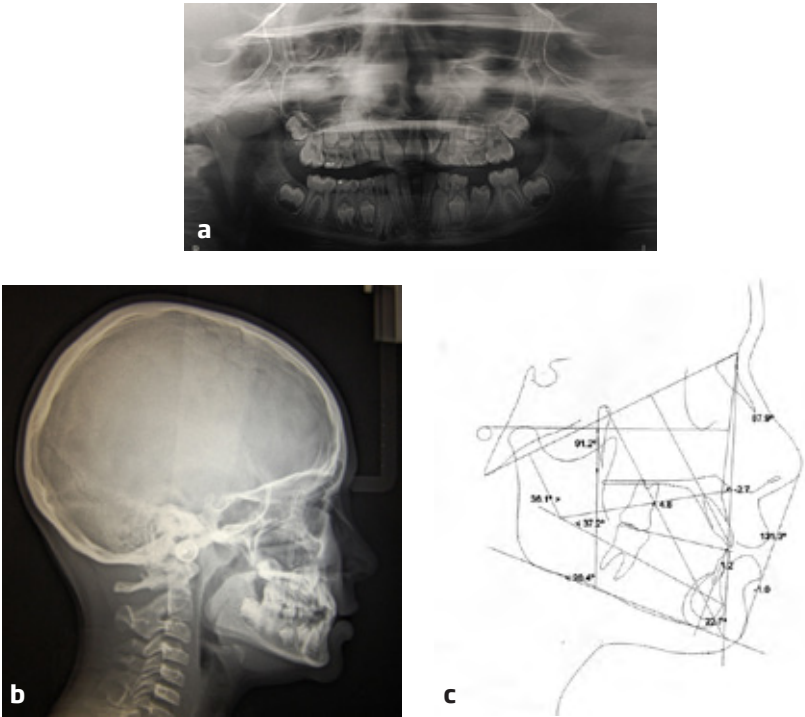
en mordida cruzada. *Overbite*: 3,5 mm. *Overjet*: 1 mm. Clasificación de Angle: Clase I molar y canina. (Fig. 2)



Fig. 2: Fotografías oclusales, frontal y lateral derecha e izquierda en oclusión iniciales.

- **Análisis funcional:** respiración nasal. Onicofagia y humedece constantemente el labio inferior.
- **Análisis radiográfico y cefalométrico.** La Rx panorámica revela distintos grados de calcificación y erupción en dentición mixta tardía. Agenesia del 31 y permanencia

del incisivo temporal. La telerradiografía lateral muestra vías aéreas permeables y etapa de maduración cervical: grado I (todos los bordes inferiores planos, pico de crecimiento no antes de 1 año desde este momento). De la cefalometría se rescatan los siguientes valores. (Fig. 3 y Tabla1)



Figs. 3 a, b y c: Radiografía panorámica, telerradiografía lateral y cefalograma de Ricketts iniciales.

Tabla 1. Valores cefalométricos relevantes pre y postratamiento

		Norma		Valor del paciente pre	Valor del paciente post
		Pre	Post		
Biotipo	Plano mandibular (Ricketts)	26°	24°	20,4°	14°
	Ángulo goniaco (Jarabak)	130°		113,9°	111°
	Porcentaje de Jarabak	62 %	63,5 %	65 %	75,2 %
Esqueletal	ANB (Steiner)	2°		-2,2°	-3°
	SNA (Steiner)	82°		76,2°	79°
	SNB (Steiner)	80°		78,4°	83°
	Longitud maxilar (Mc Namara)	85 mm	91 mm	62 mm	73 mm
	Longitud mandibular (Mc Namara)	106 mm	116,5 mm	81 mm	98 mm
	Altura facial (Mc Namara)	60 mm	63,8 mm	41,4 mm	47,8 mm
Estéticos	Protrusión labial (Ricketts)	-2 mm		-1 mm	-8,4 mm
	Ángulo nasolabial (Legan y Burstone)	102°		100°	91°
Dentarios	I. S. al plano palatino (Burstone y Legan)	110°		119°	112°
	I. I. al plano mandibular (Burstone y Legan)	95°		90°	82°
	Ángulo interincisivo (Ricketts)	130°		131,3°	154°

Resumen del diagnóstico

Paciente que consulta por “dientes de arriba torcidos”. De sexo femenino de 9 años y 2 meses de edad, con Clase I de Angle, mordida invertida anterior (de 11 y 21), agenesia del elemento 31. Sobremordida ligeramente aumentada. Laterodesviación mandibular funcional a la derecha. Hábito de onicofagia.

Cefalométricamente: patrón esquelético de Clase III con convexidad -2,7 mm, ANB: -2° (maxilar superior en retroposición. Punto A: -4 mm. SNA: 77°. Profundidad maxilar: 84°. Mandíbula: tamaño y posición en norma. Altura facial inferior con tendencia hipodivergente. Biotipo braquifacial severo.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Corregir y mejorar la estética del perfil y la sonrisa.
- Armonizar la relación de bases óseas sagital y verticalmente.

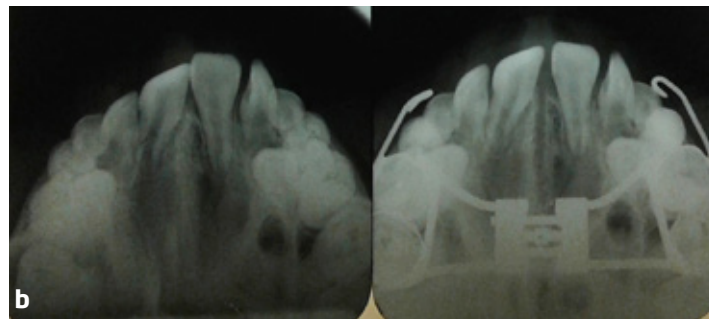
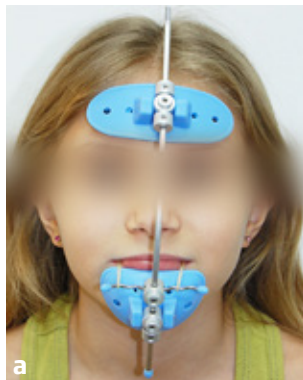
- Centrar la mandíbula.
- Normalizar la posición alterada de los incisivos.
- Solucionar el inconveniente de la agenesia dental mediante el cierre del espacio.
- Preservar la salud periodontal.
- Lograr la estabilidad a largo plazo.

PLAN DEL TRATAMIENTO

Se inició la etapa ortopédica con disyunción maxilar para la movilización del sistema sutural circunmaxilar seguida de tracción posteroanterior con máscara y una segunda fase ortodóntica para cerrar el espacio de agenesia.

Mecánica

1. Disyunción maxilar combinada con máscara de tracción posteroanterior. (Figs. 4 a y b)



Figs. 4 a y b: Máscara de tracción y rx oclusal pre y postdisyunción.

2. Reevaluación. Uso de un plano de altura anterior fijo de acrílico para mejorar la

mordida mientras se completa la dentición permanente. (Fig. 5)



Fig. 5: Plano de altura anterior.

3. Tratamiento con *brackets* metálicos preajustados Roth con *slot* 0.022", cementados en ambas arcadas, para nivelar y alinear con arcos NiTi 0.014" y 0.016". Luego, cierre del espacio de agenesia del 31; arco de acero inoxidable SS 0.020" con doblez de activación en techo de rancho, para

conservar el paralelismo radicular de los incisivos mientras se los aproxima con ligaduras metálicas en 8.

En la misma sesión en que se realizó la exodoncia del incisivo temporario se confeccionó un diente fantoche por motivos estéticos. (Fig. 6)



Fig. 6: Arcos de acero inoxidable 0.020" con doblez en techo de rancho a nivel del espacio a cerrar.

4. Progreso del tratamiento. (Fig. 7)



Fig. 7: Topes oclusales en palatino de los incisivos superiores para el control de la sobremordida. Radiografía panorámica intermedia.

Contención

Arco superior: placa tipo Hawley con plano de altura anterior para desoclusión del sector

posterior. Arco inferior: contención fija cementada. (Fig. 8)



Figs. 8: Placa de contención tipo Hawley.

Duración del tratamiento total: 36 meses.
Impartido en dos etapas con un período de descanso y reevaluación intermedio de 13 meses.

Primera etapa ortopédica: 9 meses. Segunda etapa de ortodoncia: 27 meses.

RESULTADOS OBTENIDOS CON EL TRATAMIENTO

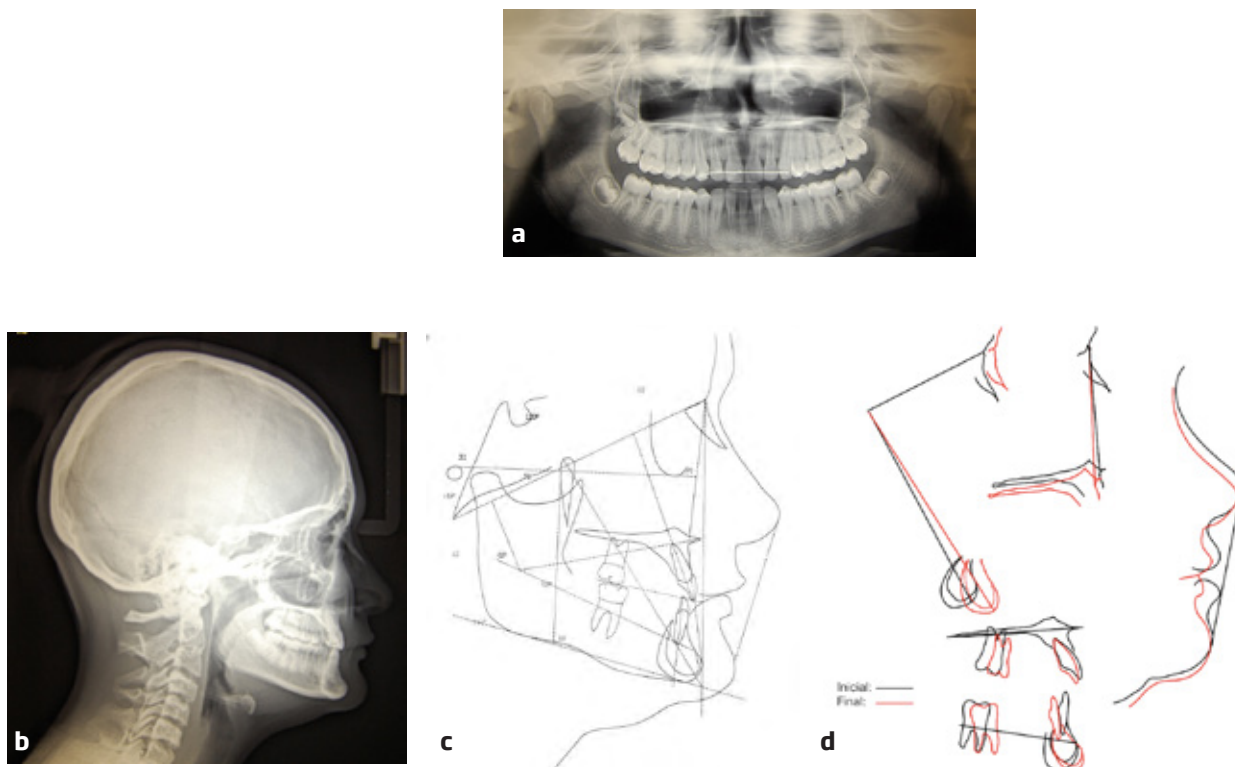
Fotografías finales. (Figs. 9 a 11)



Fig. 9: Fotografías finales extraorales de frente, sonrisa y perfil.



Fig. 10: Fotografías lateral derecha, frontal, lateral izquierda y oclusales finales.



Figs. 11 a, b, c y d: Radiografía panorámica, telerradiografía lateral, cefalograma de Ricketts finales y áreas de superposición de los trazados inicial y final.

CONCLUSIÓN

La puesta en valor del tratamiento temprano, para evitar que se instalen definitivamente secuelas adversas, es indiscutible y este caso lo reafirma con la apreciable mejora estética del rostro. Por otro lado, el tratamiento de la

agenesia de un I. I. es un proceso mucho más abierto, como un abanico que despliega múltiples posibilidades para elegir un enfoque terapéutico único en cada caso, capaz de dar una solución tan práctica y realista como sea posible.

Correo electrónico:
maszezuk.p@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gandía Franco JL. Capítulo 21: Anomalías de la erupción. En: Canut Brusola José A. *Ortodoncia clínica y terapéutica*. España: Elsevier Masson; 2.a ed. 2000. p. 383-401.
2. Thilander B. Orthodontic space closure versus implant placement in subjects with missing teeth. *J Oral Rehabil*. 2008; Jan; 35 Suppl. 1:64-71.
3. Alexander RG. Space closure in patients with missing mandibular incisors. *J Clin Orthod*. 2008. Aug; 42(8): 467-73; quiz 455-6.
4. Uribe F, Nanda R. Considerations in mandibular incisor extraction cases. *J Clin Orthod*. 2009. Jan; 43(1): 45-51.