

Manejo ortodóncico quirúrgico del incisivo superior ectópico

Autoras: Profa. Esp. Mónica Isabel Yamauchi* y Profa. Esp. Laura Lippera**

Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar SAO-UCES

Directora: Profa. Esp. Isolina Isabel Prada

Cursante: Lucrecia Clemenz



* Titular de Tratamientos Interceptivos Tardíos. Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar (SAO-UCES).

** Jefa de Clínica Tratamientos Interceptivos Tardíos y Tratamientos Correctivos. Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar (SAO-UCES).

INTRODUCCIÓN

La ubicación en la arcada de un incisivo superior ectópico y con diagnóstico de dilaceración, sin duda, es un gran desafío. Ya sea por su alto compromiso estético, así como también, por las maniobras biomecánicas a aplicar.

La alteración de forma y ubicación ectópica del incisivo central superior, puede estar dada por un desarrollo anormal de dicha pieza sin causa aparente en el mayor porcentaje de los casos; aunque por causas obstructivas, como la presencia de diferentes patologías: quistes, odontomas, dientes supernumerarios; así

como también, en un porcentaje menor, por traumatismos en los dientes temporarios.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de sexo femenino, de 10 años de edad, biotipo mesofacial. Clase II esquelética a causa del maxilar superior, escalón terminal de Clase I, biprotrusión incisiva, retención de la pieza 1.1, pérdida completa del espacio de dicha pieza en la arcada. Concorre a la consulta por motivos estéticos. (Figs. 1 a 11)



Fig. 1

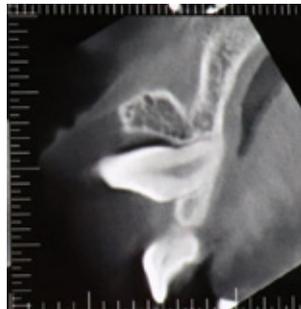


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

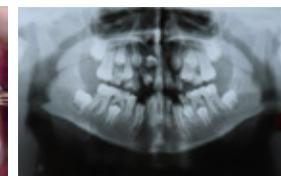


Fig. 11

PLAN DE TRATAMIENTO

Opciones de tratamiento:

- Plan A: liberación quirúrgica de la pieza 1.1 retenida, tracción ortodóncica de la misma, comprobación de la ausencia de anquilosis de dicha pieza retenida, generación del espacio perdido en el arco a través de la extracción de los cuatro primeros premolares (1.4-2.4-3.4-4.4).
- Plan B: liberación quirúrgica de la pieza 1.1 retenida, tracción ortodóncica de la misma, comprobación de la presencia de anquilosis de dicha pieza retenida, extracción de la misma, reposicionamiento y camuflaje de las piezas 1.2, 1.3 y 1.4.

Extracción de tres primeros premolares (2.4-3.4-4.4).

Secuencia clínica

Se instala un arco vestibular de acero de 1,2 mm soldado a las bandas molares, en cuyo puente anterior lleva adicionado un agarre para traccionar el incisivo retenido. (Fig. 12)

Se realiza, entonces, el procedimiento quirúrgico de liberación del incisivo, llevado a cabo por el Dr. Eduardo Rubio. (Fig. 13) Se cementa en el momento de la cirugía el aditamento ortodóncico, un botón adhesivo; y se comienza con su tracción. (Figs. 14a y b)



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14a

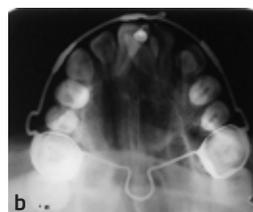


Fig. 14b

Luego de comprobar clínica y radiográficamente que la pieza 1.1 no está anquilosada, se instalan *brackets* en ambas arcadas. (Fig. 15) Al finalizar la alineación y nivelación de las mismas, se procede a la recuperación del

espacio perdido en la arcada para la pieza 1.1 y el centrado de la línea media superior, realizando las extracciones dentarias de primeros premolares, se comienza con la tracción vertical del incisivo. (Figs. 15 a 20)



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20

Se realizan controles radiográficos y fotos, mientras se sigue trabajando con el centro de la línea media superior. Se cierran los

espacios remanentes en pos de la obtención del acople de la guía anterior y las respectivas llaves caninas. (Figs. 21 a 29)



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28



Fig. 29

A continuación, estudios radiográficos y fotos finales del tratamiento. (Figs. 30 a 43)



Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33



Fig. 34



Fig. 35



Fig. 36



Fig. 37



Fig. 38



Fig. 39



Fig. 40

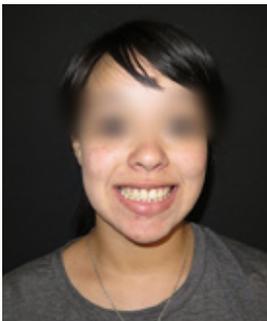


Fig. 41



Fig. 42



Fig. 43

CONCLUSIONES

Ante un paciente con incisivo superior retenido, ángulo obtuso de dilaceración, forma radicular incompleta y posición alta, es importante el diagnóstico temprano, a través de una excelente inspección clínica y control por imágenes, con el fin de elaborar un pronóstico del caso clínico.^{1,3-5}

La tomografía 3D de haz cónico juega un rol trascendental, por su menor índice de radiación y gran precisión, en comparación con otros métodos de diagnóstico por imágenes.⁵ Si bien la mayoría de las consultas de estos pacientes están dentro del período de la dentición mixta, se debe hacer énfasis en su



tratamiento inmediato, ya que se disminuyen los riesgos de dilaceración radicular y de anquilosis.⁵⁻⁷

Es necesaria una tracción con fuerzas leves y controles radiográficos periódicos.⁵⁻⁷ Sin dudas, comenzar con el suficiente espacio en el arco dentario mejora el pronóstico del tratamiento.⁸

Aunque el manejo ortodóncico-quirúrgico del caso es generalmente exitoso, se debe considerar que es un tratamiento largo, dato no menor para tener en cuenta ante el paciente y su grupo familiar.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yaqoob O, O'Neill J, Gregg T, Noar J, Cobourne M, Morris D. *Management of unerupted maxillary incisors*. [internet] The Royal College of Surgeons. 2010 apr. Disponible en: <https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/fds/publications/manmaxincisors2010.pdf?la=en> [acceso 17 mayo 2018].
2. Betts A, Camilleri GE. *A review of 47 cases of unerupted maxillary incisors*. Int J Paediatr Dent. 1999 Dec; 9(4): 285-92.
3. Stewart DJ. *Dilacerate unerupted maxillary central incisors*. Br Dent J. 1978 Oct 17; 145(8): 229-33.
4. Prado N, Malik O, Waring D. *The Management of the Dilacerated Impacted Maxillary Central Incisor*. Dent Update. 2016 Sep; 43(7): 618-20, 623-4, 627-8, 630.
5. Tanki JZ, Naqash TA, Gupta A, Singh R, Jamwal A. *Impacted Maxillary Incisors: Causes, Diagnosis and Management*. J Dental Med Sciences (IOSR-JDMS). 2013; 5(2): 41-45.
6. Estrada Manilla A, Katagiri Katagiri M. *Orthodontic-surgical treatment of an impacted central incisor. Case report*. Rev Mex Ortod. 2017; 5(3): e184-9.
7. Shekarian S, Behnaz M. *Treatment of a Horizontally Impacted Permanent Incisor in a 9-Year-Old Girl: A Case Report*. J Dent Sch. 2017; 35(1): 65-70.
8. Pavoni C, Franchi L, Buongiorno M, Cozza P. *Evaluation of maxillary arch morphology in children with unilaterally impacted incisors via three-dimensional analysis of digital dental casts: a controlled study*. J Orofac Orthop. 2016 Jan; 77(1): 16-21.