

Cirugía con finalidad ortodóncica para dientes retenidos producto de supernumerarios

Caso clínico

Dr. Javier Aguirre Bengoa*
Dra. María Estela Caselli**

- * Ex-jefe de trabajos prácticos de Cirugía I, II, III de la F.O.L.P. de la U.N.L.P.
- ** Encargada de la etapa ortodóncica

Remitente: Letamendi 387 Rauch (7203) - Tel.: (02297) 44-0062

RESUMEN

Este artículo pretende describir una técnica que si bien tiene una base quirúrgica ya establecida se debe modificar, según nuestro criterio, de acuerdo al caso clínico.

La cirugía para liberar dientes retenidos debe estar acompañada de una base ortodóncica, ya que tenemos una etapa en que debemos liberar esas piezas (puramente quirúrgica), y posteriormente llevarlas a las zonas de oclusión, (ortodóncica). En este caso clínico, la necesidad de llevar los dientes retenidos era de suma importancia por tratarse de los incisivos superiores derechos, en un paciente de 10 años de edad, y con la particularidad de poseer dientes supernumerarios, cuasantes de dicha retención (Fig. 1 y Fig. 2).

PALABRAS CLAVE

Cirugía, ortodoncia, supernumerarios, dientes retenidos.

SUMMARY

This article intends to describe a technique that has an already well-established surgical basis, but according to our judgement it must be modified in relation to the clinic case.

Surgery of retained teeth must be accompanied with our orthodontic procedure, as long as we have a first stage in which we must liberate those pieces (strictly surgical), and afterwards take them to the occlusion zones (orthodontic stage). In this clinic case, it was of a great importance to bring those retained teeth to their normal location, because they were the right superior incisors of a patient 10 years old with the particularity of having supernumerary teeth, being that condition, the cause of the retention.

KEY WORDS

Surgery, orthodontia, supernumeraries, retained teeth.

INTRODUCCIÓN

Paciente que se presenta a la consulta con la ausencia de las piezas 11 y 12, con 10 años de edad. Se pide los estudios RX correspondientes (Rx panorámica y oclusal), más periapicales de la zona, y se puede comprobar la presencia de supernumerarios y de piezas retenidas (Fig. 3). Se dibujan las piezas en la RX panorámica, se diferencian los permanentes de los supernumerarios, y se planea la cirugía, previa colocación de bandas molares, braquets en central y lateral del lado izquierdo, y en el supernumerario erupcionado del lado derecho, unidos por una varilla de twist-flex, que será de fundamental importancia en la tracción de los dientes retenidos. (Fig. 4)

ACTO QUIRÚRGICO

Comenzamos la técnica haciendo una gingivectomía de la zona en forma circular, de un tamaño similar al de los dos incisivos (esta forma de incisión nos va a permitir, en el proceso cicatrizal, modelar los cuellos gingivales), y posteriormente una ostectomía (Fig. 5). Nos interesa en la incisión respetar el frenillo labial, porque nos marca la línea media, y mantiene un campo menos hemorrágico.

Encontramos en un primer plano, el diente 12 y un supernumerario, y en un nivel superior y mucho más profundo el incisivo central en una posición horizontal. Sacamos el diente supernumerario, y liberamos la zona para permitir un camino sin trabas óseas.

Se trata en el mismo acto de colocar braquets en los incisivos retenidos y también instalar la varilla de twist-flex, para que empiece la tracción juntamente con la cicatrización, de lo contrario esperamos al día siguiente.

Es de elección en este caso la colocación de gasa yodoformada al 10% para permitir una cicatrización por segunda.

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son varios: fundamentalmente es no dejar dientes retenidos, máxime si se trata de incisivos, en un paciente joven y acompañado de supernumerarios; no recurrir a la extracción deliberada pudiendo encontrar una técnica conservadora; intentar por dichos medios reposicionar los retenidos, llevándolos a la zona funcional; no es nuestro objetivo fundamental la correcta oclusión y

alineación, sí la liberación. Por lo tanto, una vez que termina la etapa de contención, será tarea de los ortodoncistas dicho fin.

RESULTADOS

Desde el momento que colocamos la varilla twist-flex en los braquets de los dientes retenidos, comienza la tracción y el descenso, ya a las 48 hs. se puede ver el efecto de tracción (fig. 6); haciendo controles cada tres días, vemos cómo guiamos al central hacia la zona correcta (figs. 7-8-9); luego nos ocupamos del incisivo lateral, el cual nos obliga, por su giroversión a la colocación del braquets en la cara distal, desde ya no habitual, pero en este caso, la única cara que en un principio nos permite traccionarlo (fig. 10). Ahora sí, lo colocamos en posición correcta, extraemos el último supernumerario porque nos interrumpe el descenso y pasamos el braquets (también no es habitual) al primer molar temporario, para que contribuya en la fijación de la varilla (fig. 11). Vemos cómo se posicionan uno al lado del otro, a pesar de que tenían una inclinación totalmente opuesta. También podemos ver, una vez ubicados, que comenzamos a contenerlos mediante ligaduras de alambres de 0.25 mm. al central del lado opuesto. Con respecto a la encía se puede ver que su recuperación es la esperada, los cuellos se van modelando también con normalidad.

Según el control radiográfico a los 90 días, el hueso peridentario comienza a consolidarse, gracias a la buena cicatrización, teniendo en cuenta que el ángulo mesio-incisal se hallaba a 30 mm. de la posición normal (fig. 12).

MATERIALES

Con respecto a la parte quirúrgica, los materiales son comunes a cualquier cirugía, como fresas de tallo largo esféricas, zekryas; periostótomos chicos y medianos; agujas de sutura de media circunferencia chicas con hilo de algodón, y gasa yodoformada.

Para la ortodóncica: bandas molares con tubos dobles; braquets de cero grado, alambre de ligadura de 0.25 mm. y varillas de twist-flex. Composite de micropartículas y fluída de autopolimerización.

CONCLUSIONES

Un buen diagnóstico es de vital importancia para arribar al éxito.



Foto 1

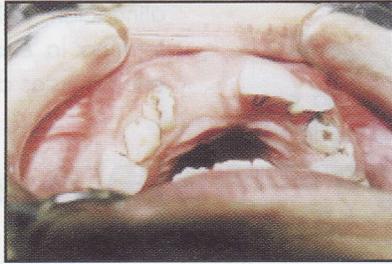


Foto 2

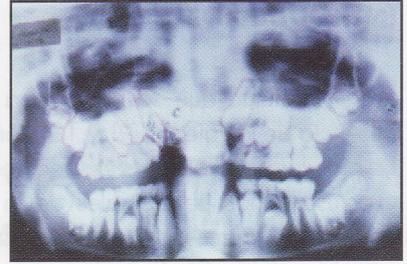


Foto 3



Foto 4



Foto 5

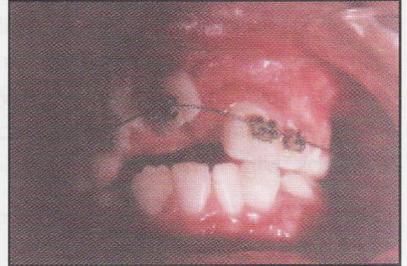


Foto 6



Foto 7



Foto 8



Foto 9

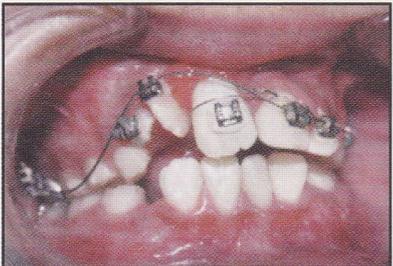


Foto 10



Foto 11

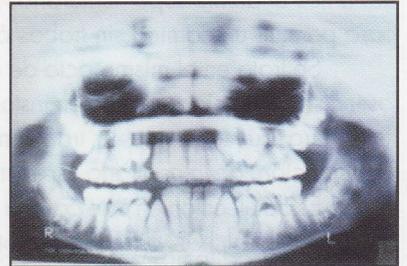


Foto 12



Foto 13

Es importante tener un paciente que colabore, tanto para mantener una correcta higiene oral, como así también para los controles post-operatorios.

Dar tiempo a la recuperación ósea es esencial. Si forzamos hueso y dientes para concluir la tarea traccional, nos llevará al fracaso.

Una vez logrado el objetivo, es fundamental la etapa de contención. Sin ella, las piezas entrarán en luxación.

Tener bien presente que lo importante es lograr el descenso de las piezas retenidas, y que es función de los ortodoncistas la correcta alineación.

Recordemos que más allá de recuperar una boca, y en este caso, una "sonrisa" (fig. 13), con estos métodos conservadores tenemos que saber que todo diente retenido es un quiste en potencia, y que todo quiste es también un ameloblastoma en potencia.

La odontología es una sola, y las distintas especialidades tienen que trabajar juntas para mejorar la calidad de atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Guillermo A. Ries Centeno. Cirugía Bucal. Patología, Clínica y Terapéutica. 9na. Edición. Buenos Aires, Lima: Ed. El Ateneo 1987.
- Thomas Rakosi-Irmtrud Jona. Atlas de Ortopedia maxilar: Diagnóstico. Barcelona: Ediciones Científicas, Salvat, 1992.

Nota de los autores:

- **Agradecemos la colaboración del Dr. José Alfredo Caselli en la traducción.**
- **Este artículo pretende ser un homenaje a la memoria del Dr. Leonardo Lupiano.**