

**Multimed 2015; 19(6)**

**NOVIEMBRE-DICIEMBRE**

**CASO CLÍNICO**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA  
POLICLÍNICO DOCENTE "RENÉ VALLEJO ORTIZ". BAYAMO. GRANMA**

**Diente retenido invertido. Presentación de un caso**

**Inverted impacted tooth. A case presentation**

**Armando Andrés Reyes Fonseca;<sup>1</sup> Alfredo Milanés Charlet;<sup>2</sup> José Ángel Carrazana Rosales;<sup>3</sup> Elisa Isabel Gutiérrez Pacheco;<sup>4</sup> Vivianne Eralia Reyes Rodríguez.<sup>5</sup>**

*1 Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Asistente. Policlínico Docente "René Vallejo Ortiz". Bayamo. Granma. E-mail: [reyesf@grannet.grm.sld.cu](mailto:reyesf@grannet.grm.sld.cu)*

*2 Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Clínica de Especialidades Estomatológicas "Manuel de Jesús Cedeño". Bayamo. Granma.*

*3Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Policlínico Docente "René Vallejo Ortiz". Bayamo. Granma.*

*4 Licenciada en Prótesis Dental. Policlínico Docente "René Vallejo Ortiz". Bayamo. Granma.*

*5 Estudiante segundo año de Medicina. Filial de Ciencias Médicas. Bayamo. Granma.*

**RESUMEN**

Se denomina dientes retenidos a aquellos que, una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico. Se presenta el caso de un paciente de 10 años, de sexo femenino, que acudió a la consulta de Ortodoncia por presentar ausencia clínica del incisivo superior permanente del lado derecho. La

paciente presentaba oclusión Clase III de Angle, resalte de 1 milímetros y sobrepase de 2/3 de la corona, mordida cruzada en 21, 22 ,23 y trasposición entre 12 y 13. Al examen con rayos X se observó un diente invertido con borde incisal hacia la base de las fosas nasales, y un ligero aplanamiento en el piso de la fosa nasal del mismo lado. Se realizó tratamiento ortodóncico para descruzar la mordida y colocar el 12 y 13 en su lugar correspondiente. Se interconsultó con el Servicio de Cirugía Máxilo Facial, donde fue intervenida quirúrgicamente y se realizó un enlace quirúrgico para llevar el diente a su posición normal. Al año de operada se observa el diente ubicado en posición normal y se mantiene el espacio mediante aparatología ortodóncica.

***Descriptores DeCS: DIENTE IMPACTADO/terapia; APARATOS ORTODÓNCICOS***

**ABSTRACT**

Impacted teeth are those which remain enclosed within the jaws maintaining the integrity of their physiological peri coronary sac during the arrival of their normal eruption. It is presented the case of a 10 -year -old- female patient, who attended to Orthodontics due to a clinical absence of the upper right permanent incisor. The patient presented Angle Class III occlusion, a protuberance of 1 mm exceeding 1 mm and 2/3 of the crown, cross bite in 21, 22, 23 and transposition between 12 and 13. The X-ray examination evidenced an inverted tooth with incisal edge to the base of the nostrils, and a slight flattening on the floor of the nostril in the same side. The orthodontic treatment was performed to uncross the bite and place the 12 and 13 into their proper position. She was inter-consulted with the Maxillofacial Surgery Department, where she was surgically treated and a surgical link was made to bring the tooth to its normal position. A year after the surgery the tooth is located in a normal position and the space is maintained by means of orthodontic appliances.

***Subject heading: IMPACTED TOOTH/therapy; ORTHODONTIC APPLIANCES***

## **INTRODUCCIÓN**

Se denomina dientes retenidos a aquellos que, una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; actualmente se le denomina síndrome de retención dentaria por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones, además de la ausencia del diente en la cavidad bucal.<sup>1,2</sup>

Puede estar íntegramente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o estar cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Cualquier diente de la cavidad bucal puede estar afectado, pero muchos estudios han demostrado que los terceros molares inferiores, los superiores y los caninos superiores son los que mayormente quedan retenidos. Se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes, sin tener preferencia de sexo ni color de la piel.<sup>1,2</sup>

Múltiples son las causas que intervienen en la retención dentaria, dentro de ellas encontramos causas locales como son: la densidad del hueso que cubre al diente, la falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, la retención prolongada de los dientes temporales o la pérdida prematura de éstos, la irregularidad en la presión y posición de un diente adyacente y una de las más comunes, la inflamación crónica continuada que provoca aumento de la densidad de la mucosa, causa a la que se le denomina fibrosis gingival. También pueden provocar retención dentaria, causas generales o sistémicas como por ejemplo: el raquitismo, la anemia, la desnutrición, tuberculosis, trastornos endocrinos metabólicos y sífilis congénita.<sup>1-3</sup>

Otras condiciones patológicas pueden ocasionar la aparición de dientes retenidos como es el caso de traumatismos dentarios producidos en la dentición temporal que provoquen cambios de dirección en los folículos de sus sucesores permanentes, lo que fue denominado por Andreasen lesiones de los dientes en desarrollo.<sup>4,5</sup>

Las lesiones de los dientes en desarrollo pueden influir en su crecimiento posterior y madurez, y generalmente dejan una deformación permanente y con frecuencia muy visible. La estrecha relación que existe entre los ápices de los dientes temporales y sus sucesores permanentes en desarrollo explica por qué la lesión de los dientes temporales son transmitidas fácilmente a la dentición permanente.<sup>4,5</sup>

La exéresis quirúrgica es el tratamiento usual para el diente retenido asintomático, pero además dentro de la práctica de la cirugía bucal se desarrollan procedimientos quirúrgicos de realización conjunta con tratamientos ortodóncicos siempre que la ocasión lo permita, preferiblemente en la región anterior de la cavidad bucal. También otro tratamiento utilizado es el traccionamiento quirúrgico que se realiza preferentemente en caninos e incisivos.

A los servicios acuden diariamente pacientes con signos y síntomas de retención dentaria. También en muchas ocasiones se realiza el hallazgo accidentalmente durante el examen clínico o en radiografías de rutina.<sup>5-7</sup>

Se presenta este caso debido a lo poco frecuente del hecho, pues este diente, además de estar retenido, estaba totalmente en posición invertida. Al consultar distintos tipos de bibliografías sobre dientes retenidos, no hayamos nada al respecto.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 10 años de edad, sexo femenino, de color de piel negra, con oclusión Clase III de Angle, quien acude al Servicio de Ortodoncia del Policlínico Universitario "Dr. René Vallejo Ortíz" de Bayamo, por presentar ausencia clínica del 11 (incisivo superior permanente del lado derecho). Después de realizar un análisis exhaustivo, y un interrogatorio profundo a la madre de la niña, esta refirió que su hija había recibido un trauma en el diente deciduo, (incisivo superior derecho de la dentición temporal), a la edad de entre 3 y 4 años aproximadamente, que pudo haber desviado el folículo de su sucesor permanente (incisivo superior derecho permanente), que se encontraba en formación hasta su brote dentario, lo cual ocurre aproximadamente entre los 7 u 8 años de edad, por lo que se detuvo la formación de la raíz (Fig. 1).



**Fig. 1. Manifestaciones clínicas de diente retenido**

Se le confeccionó historia clínica de ortodoncia, utilizando luz artificial, espejo bucal plano, pie de rey y regla milimetrada.

En el examen físico se observó tipo facial mesoprosopo; perfil recto; así como ausencia clínica del 11 (incisivo superior permanente del lado derecho); dentición

mixta; discrepancia hueso diente positiva, es decir, existía suficiente espacio para la ubicación del diente en caso de brote; resalte de -1mms y sobrepase de 1/3 de corona, transposición entre 12 y 13, y mordida cruzada anterior en 21, 22, 23.

Se tomaron impresiones de ambas arcadas dentarias con alginato, vaciadas en yeso piedra para obtener modelos de estudio, se le realizó además un estudio radiográfico en el cual se observó la presencia de dicho diente, en posición invertida, con el borde incisal hacia el piso de las fosas nasales; se observó un ligero aplanamiento en el piso de la fosa nasal del mismo lado.

### **Tratamiento**

Se confeccionó un hawley con tornillo de expansión a nivel de 21, 22, 23 con el objetivo de descruzar la mordida anterior, se colocó un braker en 13 y un resorte helicoidal en el adams del 16 con un elastómero (liga) para distalizar el 13, se adaptó un adams adicional en 12 para aumentar el anclaje del removible y mantener fijo el 12 (Fig. 2).



**Fig. 2. Aparato confeccionado.**

Después de aplicado el aparato (Fig. 3), realizamos un RX preoperatorio (Fig. 4), fuimos al salón de operaciones y realizamos un tratamiento quirúrgico en la zona

del diente (11) con la finalidad de hacer un entorcamiento en el folículo del 11 el cual se realizó con resultados favorables.



**Fig. 3. Aparato aplicado.**

Inicio 27/8/13



**Fig. 4 Rayo X Periapical preoperatorio.**

## **Momentos actuales**

Colocamos aparatología fija y cementamos un tubo al diente retenido con el objetivo de llevarlo a la arcada dentaria correctamente.

Mantenemos libre de la aparatología el incisivo lateral derecho 12 para no provocar movimientos indeseados (Fig. 5).



**Fig. 5. Paciente después de realizado el tratamiento quirúrgico – ortodóncico.**

## **DISCUSIÓN**

El hallazgo de dientes retenidos es frecuente en el campo de la estomatología, por inspección clínica o durante la toma de una radiografía y más aún en la ortodoncia que no se concibe desligada de este medio diagnóstico, para llegar a conclusiones definitivas.<sup>8,9</sup>

Los dientes retenidos se pueden encontrar por diferentes causas, independientemente de la edad, el sexo y la raza, y el paciente acude a la

consulta casi siempre por preocupación de la madre, padre o tutor del niño, que por la edad ya debe tener el diente en la cavidad bucal y aún no ha erupcionado.

Es importante actuar en el momento oportuno, para evitar complicaciones mayores en el paciente. En casos similares a este, cuando el diente se encuentra retenido en mala posición, la indicación sería su remoción quirúrgica, en otros casos cuando el trayecto de erupción es favorable se le realiza el enlace y se lleva al arco dentario por medio de aparatología ortodóncica.<sup>10-13</sup>

En el caso específico de este paciente, a pesar de estar el diente en posición completamente desfavorable, se decidió realizar un enlace el cual ha evolucionado satisfactoriamente y esperamos se mantenga hasta el momento de su posición definitiva en el arco dentario.

Se ha logrado mantener la integridad del diente permanente, evitando futuras maloclusiones por pérdidas dentarias en la niña.

## **CONCLUSIONES**

Se realizó un tratamiento ortodóncico-quirúrgico en un paciente con el (11) retenido e invertido aplicando un enlace quirúrgico combinándolo con aparatos removibles y fijos para descruzar la mordida anterior en 21, 22, 23 y resolver la transposición existente entre 13 y 12 con resultados satisfactorios.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Pentón García Virginia, Véliz Aguila Zhenia, Herrera Ledys. Diente retenido-invertido. Presentación de un caso: modelos de diagnóstico y evaluación. MediSur [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2015 Jul 01]; 7(6): 59-63. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2009000600010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600010&lng=es).

2. Sequential imaging of an impacted mandibular second premolar migrated from angle to condyle. J Oral Science [internet]. 2014 [citado 9 de Julio de 2015];56(4):303- 6. Disponible en:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=8e40b988-74a6-403c-992c-9205dd30c46b%40sessionmgr4002&hid=4207>
3. Philip P, Rao R. Orthodontic extrusion of an impacted tooth with a removable appliance and a bonded attachment: A case report with relevant biomechanics.J. Interdiscipl Dentist [Internet]. 2014 [citado 9 de Julio de 2015];4(1). Disponible en:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=8e40b988-74a6-403c-992c-9205dd30c46b%40sessionmgr4002&hid=4207>
4. Shastri D, Tandon P, Singh GP, Singh A. A newer simultaneous space creation, eruption, and adjacent root control spring for the management of impacted tooth. Contemp Clin Dentist [ Internet]. 2014 [citado 9 de Julio de 2015];5(4). Disponible en:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=8e40b988-74a6-403c-992c-9205dd30c46b%40sessionmgr4002&hid=4207>
5. Anthonappa RP, Ongtengco KL, King NM. A report of an impacted primary maxillary central incisor tooth. Dental Traumatol [Internet]. 2013 [citado 9 de Julio de 2015]; 29: 420-2. Disponible en:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=8e40b988-74a6-403c-992c-9205dd30c46b%40sessionmgr4002&hid=4207>
6. Edstrom EJ, Smith MM, Taney K. Extraction of the Impacted Mandibular Canine Tooth in the Dog J Vet Dent [Internet]. 2013 [citado 9 de Julio de 2015]; 30(1). Disponible en:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=8e40b988-74a6-403c-992c-9205dd30c46b%40sessionmgr4002&hid=4207>
7. Pai ARV, Khosla M. Root resection under the surgical field employed for extraction of impacted tooth and management of external resorption. J

Conservative Dentist [Internet]. 2012 [citado 9 de Julio de 2015]; 15(3).

Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=8e40b988-74a6-403c-992c-9205dd30c46b%40sessionmgr4002&hid=4207>

8. Ashwin DP, Mathur A, Kumar A, Gowd L. Chronic Odontogenic Sinus Tracts associated with an Impacted Tooth: Report of Two Cases. WJD [Internet]. 2010 [citado 9 de Julio de 2015]; 1(3): 205 – 7. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=8e40b988-74a6-403c-992c-9205dd30c46b%40sessionmgr4002&hid=4207>
9. Pentón García V, Véliz Aguila Z, Herrera L. Diente retenido- invertido. Presentación de un caso: modelos de diagnóstico y evaluación. MediSur [Internet]. 2009 Dic [citado 2015 Jun 22] ; 7(6): 59-63. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2009000600010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600010&lng=es).
10. Casas Acosta J, Sardiña Valdés M. Aparato removable para tracción del canino retenido en el paladar. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Jun 22] ; 33(6): 738-744. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000600007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000600007&lng=es).
11. Capote Femenias J, Díaz Tejeda A, Boza Mejías Y, Noriega Cabrera I. Exéresis de canino superior retenido en posición intermedia. Presentación de un caso: sus implicaciones para el uso clínico. MediSur [Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Jun 22] ; 8(3): 61-65. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000300012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000300012&lng=es).
12. Rodríguez Rodríguez N, Rodríguez Moreno E, Aragón Abreu JE. Molar inferior supernumerario retenido. Presentación de caso. MEDICIEGO [Internet].2011 [citado 9 de julio de 2015]; 17(supl1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_supl1\\_%202011/casos/t-17.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/casos/t-17.html)

13. Niorgy Rodríguez Rodríguez N, Cruz Betancourt MC, Ayup García D. Cinco dientes supernumerarios retenidos. Presentación de un caso. Mediciego [internet]. 2011 [citado 9 de julio de 2015]; 17(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/casos/t-20.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/casos/t-20.html)

Recibido: 10 de septiembre de 2015.

Aprobado: 6 de octubre de 2015.