



Enero - Marzo 2026  
Vol. 6, núm. 1 / pp. 52-58

**Palabras clave:**  
dientes retenidos,  
incisivos centrales,  
tracción ortodóncica,  
erupción dentaria.

**Keywords:**  
retained teeth, central  
incisors, orthodontic  
traction, dental  
eruption.

## Tracción de incisivos centrales superiores retenidos. Reporte de caso clínico

### *Traction of retained upper central incisors. Case report*

Nathaly Vaca Guzmán Gallardo,\*<sup>‡</sup> Rafael Vaca Guzmán Dávalos,\*<sup>§</sup> Huáscar Aillón López\*<sup>¶</sup>

#### RESUMEN

La tracción de incisivos centrales superiores en pacientes jóvenes representa un reto único para los ortodontistas. En este artículo se realiza una revisión bibliográfica y se analiza el caso de un niño de once años de edad con la necesidad de tracción de dos incisivos centrales superiores impactados. El enfoque multidisciplinario y el uso de técnicas ortodóncicas derivaron en un resultado exitoso a nivel estético y funcional.

#### ABSTRACT

Upper central incisor traction in young patients is a really unique challenge to orthodontists. This article presents a literature review and an analysis of the case of an eleven-year-old boy who needed traction for two impacted upper central incisors. The multidisciplinary approach and the use of orthodontic techniques resulted in a successful aesthetic and functional outcomes.

#### INTRODUCCIÓN

Normalmente, las piezas dentarias erupcionan cuando la mitad a tres cuartos de su longitud radicular está desarrollada.<sup>1</sup> Se dice que los dientes retenidos o impactados están atrapados dentro de los maxilares después de la época normal de erupción, manteniendo el saco pericoronario fisiológicamente intacto. En la mayoría de los casos, el diente está completamente rodeado por tejido óseo, siendo considerada «retención intraósea».<sup>2</sup> De acuerdo con la evidencia científica, la incidencia varía entre el 8 y 14% de la población general.<sup>3</sup>

La retención dentaria es multifactorial. Se puede clasificar por causas locales y sistémicas:

1. **Factores locales:** incluyen la presencia de obstrucciones mecánicas como quistes, tumores o la retención de dientes temporales que pueden obstaculizar el espacio necesario para el crecimiento de los dientes permanentes. Además, la falta de espacio en la arcada dental y la pérdida prematura de una pieza dentaria

pueden complicar aún más la alineación de los dientes. Alteraciones en el tamaño dental relacionadas con el arco, la densidad del hueso de recubrimiento y una membrana mucosa densa; también pueden desempeñar un papel en la retención dentaria al afectar la movilidad de los dientes. La presencia de infección en el hueso o la mucosa agrava la situación, al comprometer la salud de los tejidos circundantes. Estos factores locales interactúan y pueden contribuir a la retención dentaria, lo que subraya la importancia de evaluar y abordar cada uno de ellos en el diagnóstico y tratamiento de esta condición dental.<sup>4,5</sup>

2. **Factores sistémicos:** dentro de los factores sistémicos se encuentran los desórdenes genéticos.<sup>4</sup> Es importante destacar que hay diversas estrategias disponibles para exponer un diente incluido, lo que permite a los profesionales de la odontología elegir la técnica más adecuada según las necesidades del paciente y la complejidad del caso. Algunas de estas técnicas incluyen la gingivectomía, que

implica la eliminación quirúrgica de tejido gingival para exponer el diente retenido. Otra opción es el colgajo de reposición apical, que puede realizarse utilizando técnicas cerradas o abiertas, según el enfoque y la accesibilidad requerida. Asimismo, otra técnica que se utiliza para exponer dientes incluidos es la tunelización, ofreciendo una opción adicional para abordar esta condición dental. La elección de la técnica más adecuada dependerá de la evaluación profesional y la planificación cuidadosa del tratamiento, garantizando resultados óptimos y la salud bucal del paciente.<sup>6,7</sup>

A pesar de que, de acuerdo a la evidencia científica, la impactación de los incisivos centrales maxilares se presenta con menor frecuencia a la de los terceros y los caninos y la remisión de pacientes en dentición mixta es frecuente debido a la preocupación de los padres y el profesional odontólogo por el retraso en la erupción de los incisivos centrales permanentes. Por lo que suele corregirse en la dentición permanente o cuando está terminando la mixta.<sup>1,8</sup>

Asimismo, el maxilar anterior es una zona muy exigente desde el punto de vista estético, y el tratamiento ortodóncico de los incisivos maxilares impactados requiere un enfoque sincronizado y multidisciplinario para obtener un resultado estético y funcional aceptable, es por ello que el presente artículo pretende exponer la tracción de los incisivos centrales superiores derecho e izquierdo, para lograr una estética y función masticatoria aceptable.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino de once años de edad, nacido en la ciudad de Sucre, Bolivia. Acudió al Hospital del Niño «Sor Teresa Huarte Tama» de la ciudad de Sucre, por referencia, el 11 de noviembre de 2021, acompañado de su madre. El motivo de la consulta fue la no erupción de los dientes definitivos. El paciente no refiere ningún antecedente patológico familiar ni personal, por lo que es considerado un paciente aparentemente sano.

#### Examen clínico

Paciente mesofacial, tercio inferior aumentado, presenta perfil clase I, con mentón ligeramente retrusivo y ángulo nasolabial disminuido (Figura 1).

De acuerdo al examen clínico intraoral, las piezas 51, 61, 62, 22, 12 se observan presentes en la cavidad oral. Asimismo, el paciente presenta una desviación de la línea media superior hacia el lado izquierdo y una mordida cruzada anterior marcada. En el examen radiográfico (Figura 2) se pudo evidenciar la presencia de tres piezas dentarias supernumerarias como sucesoras de las piezas temporales anteriormente mencionadas. Apicalmente a éstos se observaron las piezas 21 y 11 en una



Figura 1: Fotografías extraorales.

posición aparentemente horizontal. En el estudio tomográfico (Figura 3) se confirmó la presencia de las piezas 21 y 11 en posición horizontal, con la corona dirigida hacia vestibular y la raíz dirigida hacia el palatino.

En noviembre de 2021, se procedió a la extracción de las piezas temporales 61, 62, 51 y los supernumerarios anteriormente mencionados. Se esperó alrededor de ocho meses para proceder a la tracción de los incisivos superiores centrales, con la exposición quirúrgica y una tracción simple mediante cadenas elásticas.

#### Plan de tratamiento

El caso fue evaluado de manera multidisciplinaria en colaboración con odontopediatría, cirugía maxilofacial, ortodoncia y periodoncia. Se elaboró un plan de tratamiento que incluía la extracción de las piezas dentarias temporales presentes en la boca (61, 62, 51) y las tres piezas supernumerarias, y la tracción de los incisivos centrales superiores mediante un enfoque ortodóncico y quirúrgico.

El plan de tratamiento ortodóncico no es integral, debido a que el único objetivo de éste es la tracción de ambos incisivos centrales superiores. Se utilizará el sistema Roth. En cuanto al tratamiento quirúrgico, la primera fase fue la exposición de las coronas de los incisivos centrales superiores y, en segunda instancia, el alargamiento del fondo del surco realizado por el periodoncista.

#### Procedimiento clínico

Después de alrededor de ocho meses de las extracciones, se realizó una exposición quirúrgica de los dientes impactados para permitir la colocación de dispositivos ortodóncicos. Se

\* Hospital del Niño «Sor Teresa Huarte Tama» (HSTHT). Sucre, Bolivia.

<sup>‡</sup> Ortodontista, Máster en Odontopediatría, Voluntaria del Servicio de Odontología del HSTHT.

<sup>§</sup> Odontopediatra, Jefe del Servicio de Odontología del HSTHT.

<sup>¶</sup> Cirujano Maxilofacial, Servicio de Odontología del HSTHT.

Recibido: 27/11/2024  
Aceptado: 05/03/2026

doi: 10.35366/123092

**Citar como:** Vaca Guzmán GN, Vaca Guzmán DR, Aillón LH. Tracción de incisivos centrales superiores retenidos. Reporte de caso clínico. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2026; 6 (1): 52-58. <https://dx.doi.org/10.35366/123092>



colocaron botones en los incisivos centrales para guiarlos gradualmente hacia su posición correcta (Figura 4).

Se utilizó cadeneta elástica apoyada en los incisivos laterales, aplicando una fuerza suave y constante, siendo más una guía que una tracción, para evitar afectar los incisivos laterales. Como método de anclaje y control de fuerza, se utilizaron arcos NITI 0.012 hasta los primeros molares superiores. Posterior a dos meses, se cambió a un arco acero 0.014 y un arco NITI 0.012 para una distribución de fuerza más controlada. A lo largo de varios meses, se realizaron ajustes regulares para controlar la dirección y magnitud de la tracción (Figura 5).

En la Figura 6 se puede observar que, una vez lograda la exposición de ambas coronas, se procedió al cementado de los brackets correspondientes. Se utilizó el doble arco mencionado, llegando hasta un acero 0.014 y un arco NITI 0.014 para disminuir la carga en los incisivos laterales, y se utilizó protector de arco para mantener los espacios necesarios para los caninos; asimismo, se cambió constantemente de arcos para acompañar el crecimiento del maxilar superior.

Después de un periodo de tratamiento de 10 meses, los incisivos centrales superiores impactados han sido traccionados exitosamente a una posición vertical más estética. Sin embargo, debido a un corto fondo de surco a este nivel (Figura 7), se tuvo que realizar un aumento de este fondo mediante un injerto de encía libre de paladar. Asimismo, se puede observar que, posterior a lograr una alineación aceptable de los incisivos, se utilizó un arco único NITI 0.014, constantemente cambiado para acompañar el crecimiento maxilar.

La mordida cruzada anterior también mejoró en el proceso, logrando una mordida cercana a *vis a vis*.

Después de 12 meses, no sólo mejoró la estética facial del paciente, sino que también mejoró la función fonatoria y se logró un *overjet* positivo (Figura 8). En el año 2023 se pudo realizar un control radiográfico donde se pudo evidenciar una relación Clase I tomando en cuenta el ángulo ANB (Figura 9). En la Figura 10 se puede evidenciar la presencia de una pieza supernumeraria que impide la erupción de la pieza 27; asimismo, se observa falta de paralelismo radicular, sin embargo, siendo el objetivo la extrusión e inclusión de las piezas 21 y 11 en la arcada dentaria, se observa un buen desarrollo

radicular y verticalidad de las mismas. Finalmente, en el año 2024, después de tres años, se evidenció un desarrollo facial equilibrado (Figura 11).



Figura 3: Tomografía (2021).



Figura 4: Inicio de tracción de los incisivos centrales superiores.

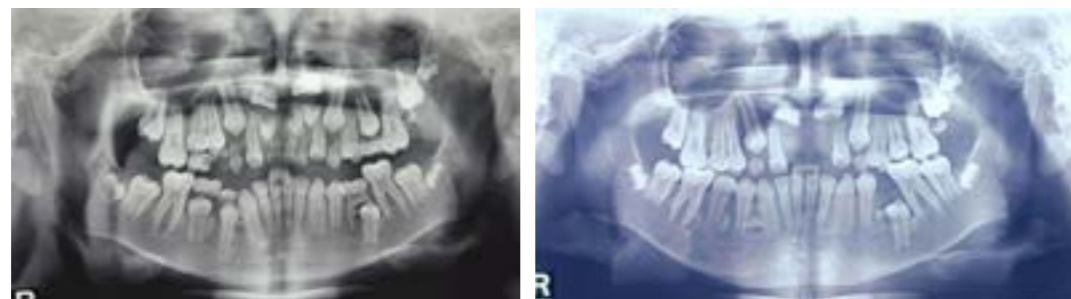


Figura 2:  
Radiografías  
panorámicas antes  
y después de las  
exodoncias de piezas  
temporarias.



Figura 5:  
Progreso de tracción  
de los incisivos  
centrales superiores.



Figura 6:  
Inicio de inclusión a la  
arcada superior.

## DISCUSIÓN

El caso presentado ilustra la importancia de una planificación y ejecución cuidadosas en el tratamiento de incisivos centrales impactados. El enfoque multidisciplinario permitió abordar tanto los aspectos ortodóncicos como quirúrgicos de manera efectiva. La colaboración entre ortodoncistas, periodoncistas y cirujanos es esencial para lograr resultados exitosos en casos complejos como éste, que fue realizado con limitaciones.

Es común la presencia de dientes impactados en la consulta diaria odontológica, especialmente de los terceros molares y caninos. Sin embargo, en el presente caso se expone la retención dentaria de los incisivos centrales superiores asociada a la persistencia de piezas dentarias temporarias y la presencia de dientes supernumerarios. De acuerdo a varios autores, los incisivos centrales presentan una retención no mayor al 1%.<sup>9</sup>

Asimismo, es necesario recordar que la radiografía panorámica permite al profesional realizar un examen general de la dentición, incluyendo la relación de cada pieza dentaria con los dientes próximos o con los reparos anatómicos próximos. Además, permite detectar la presencia de algún posible tumor, quiste o malformación. Por otro lado, si bien en el caso de los caninos superiores incluidos permite relacionar la altura con la oblicuidad y la relación al plano de oclusión, no permite identificar si la posición es vestibular o palatina.

En el presente caso, la radiografía panorámica permitió determinar la presencia de las piezas 11 y 21 en una posición aparentemente horizontal, además de la presencia de piezas

supernumerarias, descartando la retención de los incisivos por algún quiste o tumor (Figura 2).

De acuerdo con la revisión realizada, las causas de una pieza impactada están divididas por factores locales y generales, o locales y sistémicos. Por ejemplo, Bishara<sup>10</sup> indica que las causas locales más comunes son la falta de espacio, pérdida temprana de los dientes temporarios, posición anormal de la pieza a erupcionar, hendidura alveolar, anquilosis y trauma. Asimismo, las causas generales incluyen enfermedades febriles, desórdenes endocrinos y por herencia. En el presente caso, la causa sería la posición anormal de la pieza a erupcionar, debido a que ambos incisivos centrales superiores se presentan de forma horizontal. Sin embargo, de acuerdo a Castañeda y su equipo,<sup>4</sup> la causa más coherente sería la retención de dientes temporales, además de la falta de espacio debido a la presencia de supernumerarios.

Por otro lado, la evidencia científica indica que se debe realizar un análisis de determinados factores para determinar el éxito de la alineación, especialmente en caninos superiores. Por ejemplo, Johnston expone que los factores a determinar para saber si el tratamiento de un diente impactado será exitoso son la posición, la dirección y la longitud radicular, así como el grado de dilaceración de la raíz.<sup>11</sup> En el presente caso se tomaron en cuenta los cuatro puntos, teniendo como posición la horizontal, dirección vestibular de ambas coronas, longitud radicular en Nolla 10 y sin dilaceración marcada. Si bien la posición horizontal de ambas piezas podría no ser favorable, se tomó en cuenta la dirección para alinear las piezas dentarias.

Aun cuando es recomendable realizar controles periódicos durante el desarrollo de los niños para poder proceder con un tratamiento preventivo o correctivo lo más temprano posible, es decir, identificar posibles complicaciones en la erupción de las piezas dentarias y tenerlas en la boca en el tiempo correcto y establecido, no se cumple en todos los casos. Por ejemplo, en el presente caso y en el caso expuesto por Del Rosario y colaboradores<sup>12</sup> en 2018, el tratamiento de

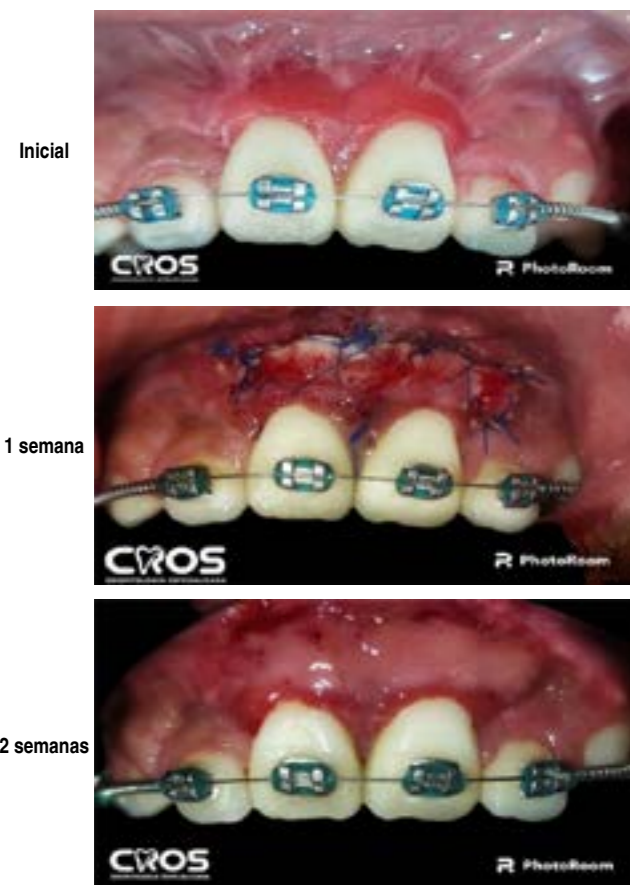


Figura 7: Aumento de fondo de surco.



Figura 8: Overjet 0 (vis a vis).



Figura 9: Radiografía lateral de cráneo (control 2023). Paciente clase I, hiperdivergente.



Figura 10: Radiografía panorámica de control 2023. Se observa pieza supernumeraria que impide la erupción de la pieza 27. Se observa necesidad de paralelismo de las raíces.

alineación de los incisivos centrales retenidos inició a la edad de 11 años, debido a que fue cuando los padres acudieron a consulta. Otro caso de retención publicado en 2017<sup>13</sup> indica que el tratamiento inicio a los nueve años, confirmando lo anteriormente expuesto.

La ortodoncia permite implementar diferentes mecanismos para la tracción de dientes incluidos y así lograr la posición correcta en la arcada, teniendo un grado de éxito alto; así lo demuestran los dos casos mencionados anteriormente y el presente. Sin embargo, cabe destacar que existe una diferencia entre aquellos casos y el presente, y es que reportaron la presencia de un *overjet* favorable de las piezas dentarias en oclusión, ausente en el presente caso. A pesar de no lograr un *overjet* correcto, se logró el objetivo principal que era alinear

las piezas dentarias en cuestión y mejorar la estética, lo que contribuye a la situación psicoemocional del paciente.

A esto es necesario agregar que, si bien en los dos casos anteriormente mencionados, antes de empezar con la tracción de los dientes incluidos se llegó a un arco cuadrado o rectangular de acero, en el presente caso no se tuvo ese tiempo previo para poder realizar una alineación semejante, por lo que se realizó la tracción con el uso de dos arcos redondos de bajo calibre. Además, las cadenetras elásticas fueron utilizadas más como guías para la erupción, por lo que la carga de tracción fue baja (entre 20 a 25 g), a fin de lograr una erupción más fisiológica y menor reabsorción de las raíces.

Dentro de las dificultades encontradas al diagnóstico se incluyen poder determinar la situación real de los incisivos centrales. De acuerdo con Macías y su equipo,<sup>14</sup> la radiografía panorámica no permite determinar la ubicación vestibular o palatina de las piezas en cuestión; en el presente caso se requirió una tomografía computarizada, gracias a la cual se decidió realizar el tratamiento expuesto.

Asimismo, Macías y colaboradores<sup>14</sup> mencionan el colgajo vestibular de reposición completa, el cual se utilizó en el presente caso para exponer las piezas dentarias en inclusión; por otro lado, estos autores señalan algunos inconvenientes como resultado directo de esta maniobra, como es la adherencia del sistema de anclaje (un botón en el presente caso) para la tracción durante la cirugía, lo que no permite un control visual directo de la pieza dentaria hasta el momento en que aflora subgingivalmente.

Por otro lado, si bien lo más recomendable para la corrección de impactaciones dentales es un tratamiento multidisciplinario entre ortodoncia y cirugía, es importante realizar un

adecuado diagnóstico y tratamiento para evitar posteriores complicaciones, sin olvidar el desarrollo psicosocial del paciente. Es por ello que, en el presente caso, se realizó la interconsulta no sólo con cirugía, ortodoncia y odontopediatría, sino también con periodoncia, a fin de poder tratar el fondo de surco de la zona afectada. Por otro lado, se debe aclarar que, a pesar de haber realizado la interconsulta, los medios para llevar a cabo el tratamiento integral fueron limitados, al tratarse de un hospital público.

A fin de obtener resultados favorables, es necesario realizar una tracción con fuerzas controladas combinada con una revisión radiográfica periódica;<sup>7</sup> de igual manera, la intervención de otras especialidades como periodoncia y endodoncia pueden incrementar el éxito del tratamiento.

### CONCLUSIÓN

Cuando se presentan dientes impactados, es recomendable iniciar un tratamiento lo antes posible para evitar problemas secundarios y lograr el desarrollo óseo normal del paciente. A fin de obtener un buen pronóstico del tratamiento, es fundamental evaluar la posición y longitud radicular del diente impactado, ya que esto ayudará a decidir el tratamiento que se va a realizar.

En pacientes jóvenes, la tracción de los incisivos centrales afectados requiere una combinación de ortodoncia, cirugía oral, odontopediatría y periodoncia. Aunque la parte ortodóncica requiere tiempo, este tratamiento suele ser exitoso, como se demostró en el presente caso.

Por otro lado, el caso presentado enfatiza la necesidad de un enfoque integral y la importancia de una colaboración inter-



Figura 11:

Control 2024.

disciplinaria para lograr resultados satisfactorios, tanto estéticos como funcionales, en el tratamiento de inclusiones dentarias. Si bien no se logró un *overjet* favorable, se logró mejorar la estética y, por lo tanto, la situación psicosocial del paciente.

## REFERENCIAS

1. Becker A. Early treatment for impacted maxillary incisors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002; 121 (6): 586-587.
2. Pérez ADO, Hidalgo TY de LÁ, Fontaine MO. Retención dentaria. Dr. Zoilo E Mar Vidaurreta. 2016; 41 (2). Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/522/html>. 152
3. Hernández RJK, Mantilla MD, Mogollón SLV. Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados, en radiografías panorámicas de la Universidad Santo Tomás, Bucaramanga de 2015 a 2017. [Tesis de Pregrado]. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia, 2019. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/17464/2019HernándezJayce.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
4. Castañeda PA, Briceño ACR, Sánchez PAE, Rodríguez CA, Castro HD, Barrientos SS. Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia. *Univ Odontol.* 2015; 34 (73): 149-157.
5. Castro J. Impactación de terceras molares inferiores y espacio disponible para su erupción en pacientes atendidos en la clínica dental del hospital militar central. [Tesis de Pregrado] Univ Nac Mayor San Marcos. 2007.
6. Bedoya MM, Park JH. A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. *J Am Dent Assoc.* 2009; 140 (12): 1485-1493. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19955066/>
7. Crescini A, Nieri M, Rotundo R, Baccetti T, Cortellini P, Prato GP. Combined surgical and orthodontic approach to reproduce the physiologic eruption pattern in impacted canines: report of 25 patients. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2007; 27 (6): 529-537. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18092447/>
8. Kolokithaa OE, Papadopouloub AK. Impaction and apical root angulation of the maxillary central incisors due to supernumerary teeth: Combined surgical and orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2008; 134 (1): 153-160.
9. Grover PS, Lorton L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 59 (4): 420-425. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0030422085900702>
10. Bishara SE. *Ortodoncia*. McGraw-Hill, editor. 2003.
11. Johnston WD. Treatment of palatally impacted canine teeth. *Am J Orthod.* 1966; 56 (12): 589-596. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002941669901948>
12. Del Rosario VAM, Gurrola MB, Casasa A. La tracción de un incisivo central superior y un canino retenido, caso clínico. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría.* 2018. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2018/art-19/>
13. Estrada MA, Katagiri KM. Tratamiento ortodóntico-quirúrgico de incisivo central impactado. *Rev Mex Ortod.* 2017; 5 (3): 190-195. Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/rmo/article/view/62360>
14. Macias-Escalada E, Cobo-Plana J, Carlos-Villafranca F, Pardo-López B. Abordaje ortodóntico quirúrgico de las inclusiones dentarias. *RCOE [Internet].* 2005; 10 (1): 69-82. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2005000100006&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000100006&lng=es)

**Conflicto de intereses:** los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

**Financiamiento:** no hubo ningún apoyo financiero para este estudio.

**Consentimiento informado:** se obtuvieron los consentimientos informados necesarios firmados por los tutores del paciente para la realización del tratamiento, para la publicación del caso clínico y de las imágenes correspondientes.

### Correspondencia:

**Nathaly Vaca Guzmán Gallardo**

**E-mail:** [nvacaguzmangallardo@gmail.com](mailto:nvacaguzmangallardo@gmail.com)