

## **INDICE**

<b>Índice.....</b>	<b>1</b>
--------------------	----------

### **CAPITULO I**

<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Antecedentes.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Justificación .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Planteamiento del problema.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1 Formulación del problema.....</b>	<b>6</b>
<b>4.2 Sistematización .....</b>	<b>6</b>
<b>5. Objetivos.....</b>	<b>7</b>
<b>5.1 Objetivo General.....</b>	<b>7</b>
<b>5.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>7</b>
<b>6. Matriz Básica de diseño de investigación.....</b>	<b>7</b>
<b>7. Alcances y limitaciones.....</b>	<b>8</b>

### **CAPITULO II**

<b>1. Anomalías dentarias .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Dientes Supernumerarios.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Retención dentaria .....</b>	<b>10</b>
<b>2. Tratamiento Quirúrgico.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Alveolotomía y alveolectomía conductora.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Método quirúrgico-ortodóntico.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.1 Fenestración y tratamiento ortodóntico.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.2 Fenestración con reubicación dentaria y posterior tratamiento ortodóntico .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Tratamiento Ortodóntico .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Selección del aparato .....</b>	<b>16</b>

## **CAPITULO III**

<b>1. Presentación del caso.....</b>	<b>17</b>
<b>2. Diagnóstico.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Diagnóstico diferencial .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.1 Odontoma .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.2 Cementoblastoma .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.3 Fibroodontoma ameloblástico .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2 Diagnóstico definitivo .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.1 Odontoma compuesto .....</b>	<b>21</b>
<b>3. Plan de tratamiento .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Quirúrgico .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Ortodóntico.....</b>	<b>21</b>

## **CAPITULO IV**

<b>Evolución del caso.....</b>	<b>22</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>30</b>

## **CAPITULO V**

<b>Conclusiones.....</b>	<b>32</b>
--------------------------	-----------

<b>Bibliografía.....</b>	<b>33</b>
--------------------------	-----------

# **CAPITULO I.**

## **1. INTRODUCCION**

El fin principal de toda persona que labora para el área de la salud, es eliminar el sufrimiento de cualquier persona, y la odontología no es la excepción, ya que podemos ver pacientes con mucho dolor, y es una gran satisfacción cumplir con nuestro objetivo.

Es importante conocer un poco de patologías para poder tener una noción adecuada del padecimiento, y así poder planear el tratamiento de una manera más segura y cumpliendo todas las expectativas tanto del paciente, como del profesional. Esto lo logramos, además de tener los conocimientos necesarios de la patología, teniendo la capacidad necesaria, el instrumental adecuado y completando los pasos previos al tratamiento, como lo es hacer una buena historia clínica con los datos del paciente, historia de la enfermedad y evolución, antecedentes familiares y muy importante los antecedentes alérgicos para así prevenir cualquier complicación que podamos causar, además de una buena planeación del tratamiento y del proceso a seguir durante la cirugía de ser necesaria.

Este trabajo es el estudio, planeación y rehabilitación de un caso clínico, el cual se va a llevar a cabo con el mayor cuidado y con la mayor supervisión, ya que contamos con la colaboración de doctores especialistas en las ramas de la odontología en las cuales tenemos que incursionar para resolver el problema que aqueja al paciente.

## 2. ANTECEDENTES

El problema que presenta el paciente, es muy común hoy en día en la consulta diaria, y muchos profesionales no saben como planear un tratamiento integral que abarque todas las necesidades del paciente.

En Internet podemos encontrar una publicación de una serie de doctores (Dr. Ángel M. Felipe Garmendía, et col. 2000) los cuales definen el principal problema del odontólogo general como *“Se presenta el caso de un paciente con el incisivo central superior derecho retenido. Se plantea el plan de tratamiento y se describe la técnica y la aparatología empleada para la tracción del mismo; teniendo como objetivo adiestrar a los Estomatólogos Generales en cuanto al tratamiento integral en los casos de retención dentaria”*. También en esta presentación se refieren a que una retención se puede deber a ciertos factores, dentro de los cuales se encuentra el antecedente de una lesión.

Un aspecto muy importante, incluso el más importante antes de realizar el tratamiento es la planificación. En la Revista Cubana de Estomatología, se expresa que *“Para el cirujano será más cómoda y científica esta operación si previamente determina la clase de problema que va a enfrentar. Sobre la base de esta información podrá planificar un enfoque analítico bien organizado, evaluar al paciente, emitir un diagnóstico y realizar una localización radiográfica”* (Dr. Orlando L. Rodríguez, 1999).

Con toda la información revisada, nos podemos dar a la idea de que teniendo una buena planificación y conocimientos necesarios, nos podemos evitar tener mayores complicaciones.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Al estudiar una de las ramas de la salud, he podido ver varios casos de diferentes compañeros y de los mismos doctores, que son muy complejos pero siempre llegan a una solución exitosa.

Cuando se empieza un caso desde la primera cita hasta que se rehabilita completamente, la sensación de satisfacción es enorme, ya que se conoce todo acerca del caso, se valora todo el tiempo invertido en el mismo y al ver los resultados satisfactorios para el paciente, es de gran tranquilidad y alegría tanto para el operador como para el mismo paciente.

Es por lo anterior, que me intereso mucho el presentar un caso clínico como mi trabajo final de graduación, ya que además de poder tener la satisfacción de poder dejar, a una persona con presencia de una patología, totalmente rehabilitada y cumpliendo con todas sus funciones normales, también se logra dejar un legado de un caso clínico resuelto para que futuros compañeros puedan mirarlo y obtener información necesaria para su estudio o para comparar con un caso que se le presente.

## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como se verá más adelante, la presencia de estos casos es muy común en la consulta, pero se carece del planeamiento de un tratamiento donde se combinen tanto la parte de cirugía con la parte de ortodoncia.

El problema principal de este caso clínico es, poder rehabilitar al paciente de la mejor manera y de la forma más conservadora, para así cumplir con el objetivo principal.

Es por eso que al terminar de realizar todo el tratamiento debemos llegar a responder la pregunta del problema que es:

### **4.1 Formulación del problema**

¿Como rehabilitar al paciente con presencia de dientes supernumerarios que no permitan la erupción de los dientes permanentes del sector anterior del cuadrante dos?

### **4.2 Sistematización**

- ¿Cuáles son las piezas que se deciden eliminar quirúrgicamente para facilitar la erupción de las piezas retenidas?
- ¿Cómo remover quirúrgicamente los dientes supernumerarios que no permiten la erupción de las piezas permanentes?
- ¿Qué tratamiento ortodóntico es necesario para rehabilitar este caso?

## 5. Objetivos

### Objetivo general:

- Rehabilitar al paciente con presencia de dientes supernumerarios que no permiten la erupción de los dientes permanentes del sector anterior del cuadrante dos.

•

### Objetivos específicos:

- Decidir las piezas a remover quirúrgicamente para facilitar la erupción de las piezas retenidas.
- Remover quirúrgicamente los dientes supernumerarios que no permiten la erupción de las piezas permanentes.
- Realizar el tratamiento ortodóntico necesario para este caso

## 6. Matriz básica de diseño de investigación

TEMA	PROBLEMA	OBJETIVOS	
		GENERAL	ESPECIFICOS
Caso clínico de paciente que se presenta a la clínica de especialidades odontológicas ULACIT, con presencia de dientes supernumerarios que no permiten la erupción de los dientes permanentes del sector anterior del cuadrante dos (2.1, 2.2, 2.3)	¿Como rehabilitar al paciente con presencia de dientes supernumerarios que no permitan la erupción de los dientes permanentes del sector anterior del cuadrante dos?	I- Rehabilitar al paciente con presencia de dientes supernumerarios que no permiten la erupción de los dientes permanentes del sector anterior del cuadrante dos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decidir las piezas a remover quirúrgicamente para facilitar la erupción de las piezas retenidas.</li> <li>• Remover quirúrgicamente los dientes supernumerarios que no permiten la erupción de las piezas permanentes.</li> <li>• Realizar el tratamiento ortodóntico necesario para este caso</li> </ul>
		II-	

## **7. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

El fin por el que escogí este caso clínico como mi trabajo de tesis, fue llegar a rehabilitar al paciente de la mejor manera, tratando de cumplir tanto con su funcionalidad como con su estética.

Una de las limitaciones que vamos a tener, es que en la radiografía no se observa el incisivo lateral permanente, y no sabemos si se encuentra horizontalmente junto con los supernumerarios, entonces dentro de este estudio y rehabilitación no proponemos la reposición de esta pieza dental (2.2), ya que no sabemos las probabilidades de que se encuentre en la posición ya mencionada.

El objetivo principal del tratamiento en si, es tratar de dejar en boca las piezas retenidas, en la arcada cumpliendo con su función y su estética.

Además el caso se define por terminado, cuando los dientes permanentes estén erupcionados en su totalidad y se tenga que retirar el aparato ortodóntico ya que no estaría cumpliendo ninguna funcionalidad.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEORICO**

### **1. Anomalías dentarias**

Es muy común ver deficiencias dentales en niños, ya que las patologías dentales diagnostican a muy temprana edad, cuando los padres empiezan a ver ciertas anomalías y consultan con un especialista. Estas patologías pueden ser tanto en la forma, como por ejemplo; la displaceración, fusión y geminación, entre otras; también pueden presentar problemas en el desarrollo de las capas dentales como lo son las concrecencias, perlas de esmalte, hipercementosis, e hipoplasia de esmalte; otro tipo de problemas que se pueden presentar en los dientes son los que afectan el número o cantidad de dientes en boca, los cuales pueden ser anodoncia total o parcial (oligodoncia o hipodoncia), dientes en exceso (supernumerarios) y dientes neonatales.

#### **1.1. Dientes Supernumerarios**

La presencia de dientes de más, se define como: “dientes en exceso sobre el número normal” (Sapp), ahí también se expresa que: *“Aunque estos dientes pueden presentarse en cualquier localización, tiene predilección por ciertos sitios. Son mucho más frecuentes en el maxilar superior (90%) que en la mandíbula (10%)”* (Sapp)

Histológicamente se definen como *“Si se desarrollan gérmenes dentarios extra se llaman dientes supernumerarios. Pueden tener distintas localizaciones entre otros elementos dentarios o situarse por fuera del plano oclusal”* (Gómez de Ferraris, 2002)

Son varios los tipos de dientes en exceso que se pueden presentar, dentro de los cuales aparecen, mesiodens o mesiodente que es un diente de más, que se localiza entre los dos incisivos centrales superiores, también se encuentran

otros ejemplos de dientes en exceso como lo son los cuartos molares o distomolar.

Pueden ser únicos, dobles o múltiples con orientación hacia la arcada dentaria (oclusal) o hacia la cavidad nasal (apical), También pueden aparecer totalmente horizontales y no poseer ninguna posibilidad de salir del hueso.

La patología de dientes supernumerarios que se encuentran incluidos en el hueso, se llama odontoma. El odontoma se define como *“una neoplasia benigna de origen odontógeno, es decir, una alteración del desarrollo o malformación de origen dentario, que se caracteriza por tener células odontogénicas epiteliales y mesenquimáticas completamente diferenciadas y que forman esmalte, cemento y dentina y que se disponen más o menos organizadas dependiendo del grado de alteración en la morfodiferenciación de las células odontogénicas”* (Revista Cubana de estomatología, 2006).

Otra definición de odontoma es la dada por Sapp, que dice *“Es una lesión hamartomatosa que suele encontrarse sobre dientes no erupcionados: contiene esmalte, dentina, pulpa y cemento en formas reconocibles de diente (odontoma compuesto) o bien una masa sólida nudosa (odontoma complejo)”*.

## **1.2. Retención dentaria**

Muchas veces se presenta la anomalía que las piezas dentales no erupcionan, y estas quedan atrapadas en el hueso, a ese problema le llamamos “Retención dentaria”.

Gay (2004), explica que “La existencia de un retraso de erupción (normalmente asimétrico) mayor de seis meses, deberá hacernos indagar sobre la existencia de una agenesia o retención dentaria”

Se entiende por retención dentaria, “aquel diente que llegada la época normal de erupción se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el maxilar sin erupcionar”. (Dr. Ángel M. Felipe Garmendía, et col. 2000).

Otra forma de llamar a esta patología es “diente impactado”, que se define como *“Los dientes que no hacen erupción a causa de apiñamiento de la arcada dentaria, localización carente de vía de erupción, o que son obstaculizados por alguna barrera física, se denomina **dientes impactados**”*. (Sapp).

Otra definición dada por Gómez de Ferraris (2002), es *“... podemos mencionar la permanencia en la boca de los dientes deciduos, que puede deberse a la no formación de los gérmenes permanentes o al hecho de que los dientes primarios permanezcan incluidos en el hueso alveolar. En este último caso se denominan **dientes retenidos o anquilosados**”*.

La retención dentaria se puede deber a varios factores, dentro de los que se describen en el libro de Sapp, *“Ejemplos de barreras físicas que entorpecen la erupción del diente y conducen a impactación, son dientes supernumerarios, quistes odontógenos (especialmente queratocistes odontógenos) y tumores odontógenos (especialmente odontomas)”*.

Según la Revista Cubana de estomatología (2006), indica que el odontoma se observa radiográficamente como “El compuesto da una imagen radiopaca similar a estructuras dentarias más o menos numerosas, y el complejo de forma difusa y regular rodeada por una banda radiolúcida que corresponde con la cápsula de tejido conjuntivo”.

## **2. Tratamiento Quirúrgico**

Todo diente incluido, se debe de tratar de colocar en la arcada para que cumpla con su función y su estética, pero sin poder afectar las piezas vecinas.

Las inclusiones dentales se deben de valorar, para determinar si abriendo un poco espacio o eliminando el obstáculo que mantiene al diente retenido, el mismo puede salir con su propia fuerza de erupción; esto debe de hacerse antes de que pase la etapa donde el diente presenta esa fuerza eruptiva.

### **2.1 Alveolotomía y alveolectomía conductoras**

Esta técnica consiste en “la exposición permanente de la corona, previa exéresis de los tejidos y los obstáculos que alteran la erupción” (Gay, 2004)

Gay explica que en este proceso quirúrgico “Se respeta el ‘gubernaculum dentis’, es decir el poder y fuerza de erupción del diente, y nos limitamos a dejar el camino libre para que vaya a su correcta posición en la arcada dentaria”, esto se hace solo si la distancia que tiene que recorrer el diente para erupcionar es corta.

Este mismo autor, se refiere a que el diente incluido puede tener varios obstáculos, los cuales los clasifica en:

- Mucosa gingival fibrosa
- Obstáculo óseo
- Obstáculo dentario
- Odontomas u otros tipos de tumoraciones maxilares

Gay (2004) se refiere a que “En todos los casos deberemos eliminar el obstáculo que exista a la erupción y exponer toda la corona dentaria mediante

la exéresis ósea (ostectomía, con fresa o con un escoplo) y la mucosa que la recubre”.

## **2.2 Método quirúrgico-ortodóntico**

Definimos este termino como “Son todos aquellos procedimientos en los que se combina la cirugía y la ortodoncia, con el fin de colocar un diente en su posición normal” (Gay, 2004), también se refiere a que “... se debe procurar colocar en la arcada todo diente incluido con valor estético y funcional; para ello la combinación de cirugía y ortodoncia es el método ideal...”.

La cirugía debe de cumplir con un objetivo primordial, que es que “La cirugía debe de lograr la visualización del diente incluido, para poder proceder posteriormente a su tracción ortodóntica” (Gay, 2004).

Es de suma importancia no excederse en la remoción de tejidos normales de la boca que obstruya la erupción del diente, es por esto que Gay (2004), se refiere a que “El tratamiento quirúrgico debe ser conservador, salvando la mayor cantidad de mucosa o fibromucosa, tejido óseo, dientes vecinos y papilas interdientarias”.

Si el diente tiene todavía posibilidades de erupcionar por si solo será necesario eliminar obstáculos que le impidan ese camino para erupcionar, de tal manera que hay que “Eliminar cualquier obstáculo mucoso, óseo o dentario existentes (extracción de los dientes temporales que aún no han sido exfoliados con la presencia del diente permanente incluido)” (Gay, 2004); pero esto no se hace de cualquier manera, Gay (2004) recomienda que “... la extracción de los dientes temporales se efectúa unas semanas antes para ganar encía queratinizada que será necesaria para hacer un colgajo de reposición apical”.

Por otro lado si el diente no tiene las condiciones necesarias ni la fuerza para erupcionar, se recomienda utilizar la combinación de la cirugía y la ortodoncia, tal como lo define Gay (2004), “Si un diente no ha erupcionado y está en posición desfavorable, se ha producido una pérdida de su fuerza eruptiva y su impactación, el caso exigirá un tratamiento combinado de ortodoncia y cirugía”. Hay distintos métodos ortodóntico-quirúrgicos, los cuales Gay (2004) los nombra así:

### **2.2.1 Fenestración y tratamiento ortodóntico**

Gay describe este proceso como “En primer lugar se realiza la fenestración del diente incluído, es decir, la eliminación adecuada de hueso y mucosa alrededor del diente, con el fin de liberar y visualizar la corona para poder cementar un botón o bracket”.

### **2.2.2 Fenestración con reubicación dentaria y posterior tratamiento ortodóntico**

Este método consiste en que “... se añade un pequeño movimiento quirúrgico que favorece la visualización de la corona y facilita el tratamiento ortodóntico” (Gay, 2004). Este método tiene una pequeña diferencia ya que “... se basa fundamentalmente en la fenestración del diente incluído, la colocación de un medio de tracción... y el tratamiento ortodóntico que precisará de la tracción con ferulización normalmente de todo el maxilar, y fuerzas ligeras y continuas de entre 30 y 60 gramos” (Gay, 2004).

### **3. Tratamiento Ortodóntico.**

Para este caso clínico que vamos a realizar un tratamiento quirúrgico-ortodóntico ya que nos parece que las piezas retenidas no van a tener la suficiente fuerza de erupción para acomodarse por si solas dentro de la arcada.

Se deben de planificar muy bien el tratamiento ortodóntico antes de realizar la cirugía ya que esto nos ahorraría tiempo y nos puede preparar para cualquier complicación.

Como ya mencionamos con anterioridad, si el diente retenido se encuentra cerca de poder erupcionar, con el simple hecho de eliminar los obstáculos que lo retienen, el mismo podría erupcionar sin ayuda de un agente retractor, como por ejemplo brackets; sin embargo si la distancia para poder erupcionar es muy grande es necesario un agente que colabore en su erupción. Proffit (2002) define este problema como “Si se sigue demorando su erupción, se puede traccionar sobre la corona descubierta mediante un anclaje adherido y un aparato fijo”.

El sistema de tracción empleado puede ser complicado colocarlo en boca como lo menciona Proffit (2002) “A veces no resulta tan fácil adherir los anclajes porque hay problemas para eliminar del diente la saliva y la sangre que lo contaminan, pero la otra posibilidad de enrollar un alambre alrededor de la parte cervical de la corona obliga a reseca más tejido óseo y puede comprometer la salud posterior del anclaje periodontal”.

### **3.1 Selección del aparato**

Esta es una de las partes más importante del tratamiento y a la que hay que ponerle mucha atención, porque como ya sabemos una fuerza excesiva puede afectar tanto al diente que podríamos comprometer su estado en boca.

Un aparato removible se puede utilizar, pero puede ser difícil ya que “Se puede emplear un aparato removible para conseguir la tracción, pero aunque el aparato utilice el paladar como anclaje, puede resultar difícil controlar el movimiento dental y es fundamental que el paciente siga correctamente el tratamiento. Un aparato fijo es mucho más eficaz.” (Proffit, 2002)

Proffit (2002), nos explica que “Los elastómeros producen una fuerza relativamente elevada en un primer momento, pero que decae con rapidez, por lo que en teoría resultan menos adecuados que los resortes voladizos o los muelles que producen fuerzas ligeras y continuas.

Proffit (2002) habla también de la utilización de arcos de alambre superelásticos en conjunto con otro alambre más rígido para estabilizar el espacio edéntulo, además explica el proceso diciendo que “Esto se logra ligando el alambre superelástico continuo, y desviándolo gingivalmente para proporcionar la fuerza de tracción.” (Proffit, 2002); También explica que “Esta combinación de alambres representa un método sencillo y eficaz para mover los dientes sin erupcionar”.

## **CAPITULO III.**

### **1. PRESENTACIÓN DEL CASO.**

Paciente masculino de 10 años y 10 meses, que se presenta a la clínica de especialidades odontológicas ULACIT, el día 12 de marzo del 2007, cuya queja principal es “valoración de sus dientes principales que no salen y está muy preocupado”. El mismo día se le realiza el expediente clínico, modelos de estudio, índice de placa, indicaciones de higiene oral, profilaxis, radiografías periapicales y radiografía panorámica.



Al realizar el estudio clínico de la boca del paciente, se observa que en el sector anterior se presentan las piezas: 1.2, 1.1, 6.1, 6.2 y 6.3.



Al no tener las piezas permanentes del cuadrante dos y ya pasado su edad de erupción, nos queda la inquietud de que está pasando algo. Se toman las

radiografías periapicales y la radiografía panorámica para poder observar el proceso de erupción de los dientes 2.1, 2.2 y 2.3.



Al observar la radiografía y realizar un estudio radiográfico más detallado, se observa una zona radiopaca unilocular con presencia de varias estructuras radiopacas, en el sector anterior izquierdo, que impide la erupción normal de las piezas 2.1 y 2.3, ya que la pieza 2.2 no se observa con claridad en la radiografía, se suponen dos situaciones: primero, que la imagen de la pieza 2.2 este superpuesta con la imagen de la lesión, o segundo que la pieza 2.2 no se haya formado debido a la lesión, lo cual se determinaría hasta hacer la exéresis de la lesión.

Se realiza la interconsulta con el cirujano y se recomienda el estudio de las características de la lesión y el tratamiento quirúrgico indicado para eliminar esta lesión, además, de consultar con la especialista en ortodoncia para plantear el tratamiento ortodóntico, para poder rehabilitar este caso.

Se analizan tanto el estudio clínico como el radiográfico, para determinar el tipo de lesión, haciendo un diagnóstico diferencial, hasta estipular el diagnóstico definitivo, y por último planear el tratamiento indicado para este caso.

## **2. DIAGNÓSTICO**

Es importante en todo caso que se presenta a la consulta, realizar un buen estudio clínico y radiográfico para realizar un diagnóstico correcto, ya que esto nos va a dar las pautas para seleccionar el mejor tratamiento para rehabilitar cada caso.

### **2.1 Diagnóstico diferencial.**

Existen múltiples patologías que se pueden presentar en boca, afectando las diferentes estructuras y tejidos presentes en la misma. Dentro de estas patologías hay ciertas que comparten características o signos que pudiesen confundir al odontólogo, es por esto que se debe realizar un diagnóstico diferencial, para tener toda la información acerca de las posibles patologías y compararlas con los datos brindados en el examen clínico y radiográfico e identificar la patología.

En este caso se tiene que hacer diagnóstico diferencial con varias patologías que comparten la característica de ser tumores odontógenos que se presentan predominantemente en pacientes jóvenes, como lo son: odontoma, cementoblastoma y fibroodontoma ameloblástico.

#### **2.1.1 Odontoma**

El odontoma compuesto es la lesión odontógena no quística más común, tanto que algunos autores indican que llega a ser un 70%. Esta patología se presenta en la primera y segunda década de vida, y su frecuencia es mayor en maxila que en mandíbula, y en sector anterior más que en el sector posterior.

Radiográficamente esta lesión se observa normalmente sobre dientes no erupcionados, además se observan estructuras como dientes en miniatura, presentan todas las características y estructuras de un diente normal.

### **2.1.2 Cementoblastoma**

El cementoblastoma que se presenta en pacientes de la segunda y tercera edad, su aparición es más frecuente en el área de premolares y molares. La lesión va creciendo y expande las corticales lingual y vestibular. Los pacientes a los que se les diagnostica esta patología, remiten dolor intenso a la palpación.

Radiográficamente estas lesiones son uniloculares y bien delimitadas. Su apariencia varía entre radiotransparente, radioopacas, o combinación de las dos. Las raíces cercanas a la lesión presentan reabsorción a nivel apical.

### **2.1.3 Fibroodontoma ameloblástico.**

Esta lesión se presenta entre la primera y segunda década de vida, su localización más frecuente son las áreas posteriores de la mandíbula, pero puede aparecer en otras localizaciones. Aparece una tumefacción que se desarrolla de forma lenta en la porción afectada y normalmente se presenta en una zona donde existe un diente no erupcionado.

Radiográficamente se observa una lesión radiotransparente-radioopaca grande bien circunscrita. Varía la proporción de tejido blando y duro. En la mayoría de los casos la lesión contiene un diente impactado.

## **2.2 Diagnóstico Definitivo**

### **2.2.1 Odontoma compuesto.**

Un odontoma compuesto ya que se tiene el signo clínico que no han erupcionado las piezas en su etapa cronológica normal, además que esta lesión se presenta en el maxilar superior y en el sector anterior, la cual es la localización más común para esta patología.

Radiográficamente, se observa una zona radiopaca, con forma de varios dientes la cual se encuentra obstaculizando la erupción de las piezas permanentes del sector anterior del cuadrante superior izquierdo.

## **3. PLAN DE TRATAMIENTO**

### **3.1 Quirúrgico.**

El tratamiento quirúrgico a realizar es la fenestración del diente incluido, que es eliminar todo tejido que obstruya la erupción de los dientes retenidos, como lo son encía, hueso, y en este caso la exéresis del odontoma, para así dejar visible los dientes y poder cementar el medio de tracción.

Se le indica al paciente comenzar el consumo del antibiótico y analgésico un día antes de la cirugía, además realizar enjuagues de clorexidina para enjuagues (clorexil) cuatro días antes.

Se debe de tener en cuenta todos los medios de asepsia a la hora de realizar la cirugía.

### **3.2 Ortodóntico.**

El tratamiento ortodóntico necesario es un medio de tracción de los dientes retenidos. La tracción de estos dientes se realiza cementando un bracket de porcelana a los dientes retenidos y se coloca un resorte a ese bracket, luego se sutura el colgajo y se deja el extremo del resorte fuera de la mucosa, ya que de

ahí se amarra una ligadura a un gancho que se encuentra en el paladar del aparato puesto en boca.

El aparato seleccionado es un tipo hawley con ganchos Adams en las primeras molares superiores y ganchos en C en las primeras premolares superiores, con un arco vestibular, además de ganchos en el paladar del aparato para amarrar las ligaduras de tracción.

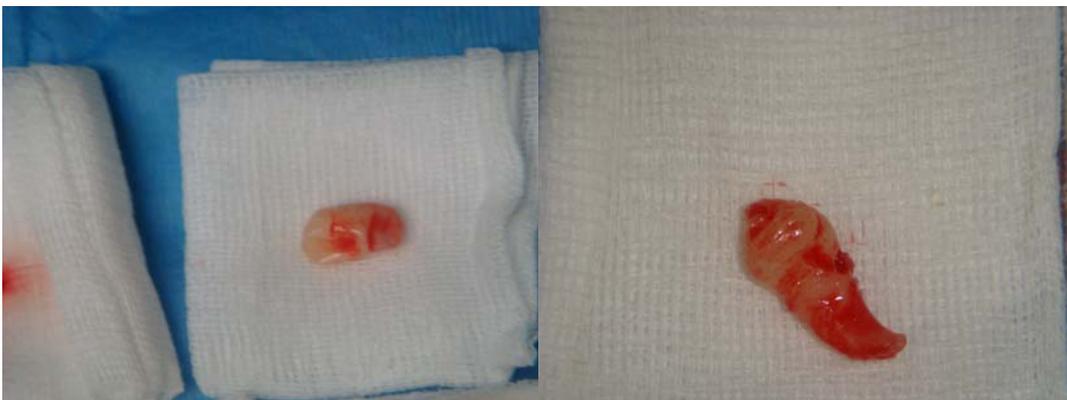
## **CAPITULO IV**

### ***EVOLUCIÓN DEL CASO***

Después de presentado los casos de cirugía y ortodoncia, se procedió a citar el paciente para realizar la exéresis quirúrgica del odontoma. Se le indicó tomar amoxicilina y cataflán, además de enjuagues con clorexidina, empezando la dosis dos días antes de la cirugía. Previo a la cirugía se prepararon los brackets que posteriormente se iban a cementar en las piezas a traccionar. Se realizó un complejo bracket-resorte-ligadura, se liga un extremo del resorte de tracción al bracket y en su otro extremo se trenza una porción de ligadura para poder amarrarla al aparato presente en boca.



La cirugía se realizó el 23 de octubre del 2007, con todo el control de infecciones y asepsia adecuada. Se sentó el paciente en la silla dental, y se realizó una limpieza de la zona perioral con yodopovidona (solución antiséptica), luego se procedió a colocar el campo quirúrgico, seguido de la anestesia de la zona a tratar, se utilizó Lidocaína como anestésico, en combinación con Epinefrina en una concentración al 2%, utilizando una técnica troncular anestesiando el nervio alveolar superior anterior, y el nervio nasopalatino. Una vez confirmada la anestesia, se realizó las exodoncias de las piezas deciduas en la zona de la patología, seguido se realizó el colgajo trapecoidal bastante extenso, teniendo cuidado con todas las estructuras anatómicas importantes adyacentes a la zona.



Se efectuó la osteotomía con una fresa quirúrgica redonda para pieza de baja velocidad, seguido se eliminó el odontoma con elevadores de exodoncia. Se cementaron los brackets con sus respectivas ligaduras a las piezas a traccionar y se cerró el colgajo con sutura reabsorbible.



El día 26 de octubre del 2007 Se coloca en boca y se activa el aparato tipo Hawley con sus ansas de tracción. Se activa el aparato amarrando la ligadura proveniente del bracket cementado en los dientes a traccionar, a las ansas colocada en el paladar del aparato y provocando cierta fuerza para traccionar los dientes. Ese mismo día, a la hora de traccionar la ligadura proveniente de la pieza 2.2, se sale de la boca el bracket con su respectiva ligadura y se decide no volver a colocar el bracket en esta pieza, ya que se observa en mejor posición para erupcionar que sus dos piezas vecinas.



Ese mismo día el paciente refiere que se le despegó otro bracket, quedando solo una pieza con bracket para traccionar la misma.

El día 3 de noviembre del 2007 se realizó un control del aparato y se toma una radiografía y se observa una gran mejoría en la posición de las piezas. Se tensa la ligadura del único bracket presente en boca que era el de la pieza 2.3. Se le explica al paciente como poder limpiar el aparato.



El día 9 de noviembre del 2007 se presenta el paciente a la cita de control y refirió que se le había caído el único bracket presente en boca. Se toma una radiografía de control y se observa una mejoría significativa en la posición de las piezas. Se decide darle control dentro de dos semanas para ver como se posicionan las piezas hacia su lugar de erupción.



En esta etapa del tratamiento se decide no volver a colocar los brackets para traccionar, y darle seguimiento a la erupción normal de las piezas, controlando el caso cada ocho días, por motivo de la higiene deficiente por parte del paciente en el paladar que estaba cubierto por el aparato de ortodoncia

El día 16 de noviembre del 2007, se realiza otra cita de control y se observa una leve mejoría en la posición de las piezas, pero se observa que el canino no presenta una mejoría tan significativa como las otras dos piezas.



A los quince días se le realiza la cita de control, el día 30 de noviembre del 2007, se observa un movimiento de las piezas lento, pero se decide realizar el siguiente control a los 22 días para ver la nueva posición de las piezas.



Por motivos personales del paciente no se presento a la cita de control después de esos 22 días, así que regreso a los 53 días, el 22 de enero del 2008. Se toma una radiografía periapical y se observa un movimiento mínimo de las piezas casi nulo, y se toma la decisión de realizar un colgajo para volver a cementar los brackets a las piezas dentales para controlar la tracción, este colgajo fue mas conservador que el primero.



Se anestesia al paciente con lidocaína en combinación con epinefrina, utilizando una técnica infiltrativa en la zona anterior izquierda, se realiza un colgajo triangular con una relajante por distal del cuadrante superior izquierdo, dejando así descubiertas las piezas dentales, seguido se cementan los brackets a las piezas con sus respectivos resortes.



Se sutura el colgajo con catgut crómico (reabsorbible) dejando libre los resortes y se activa el aparato sin aplicar mucha fuerza de tracción a las piezas.



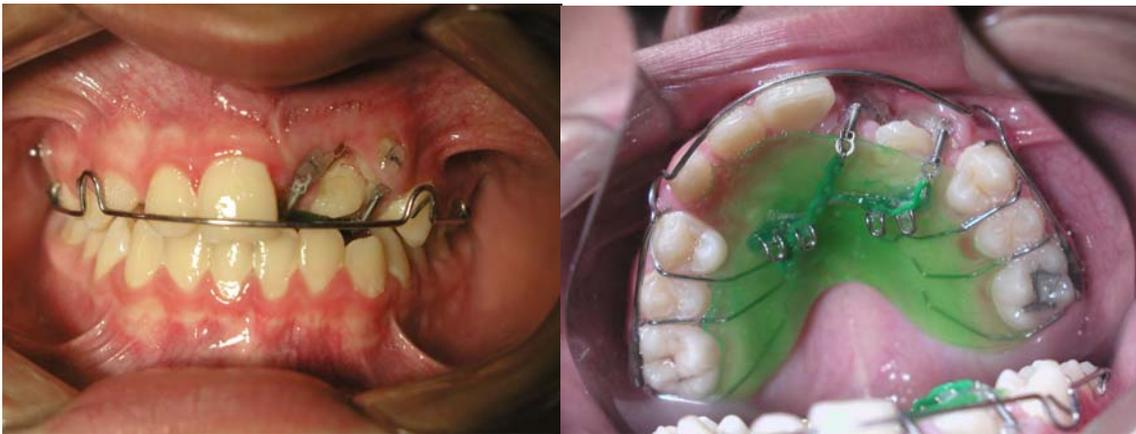
Se realiza la cita de control a los 8 días de la cirugía, el día 29 de enero del 2008, y se observa que si hubo un movimiento de las piezas.



El día 19 de febrero se realiza la cita de control, se observa en mejor posición las piezas dentales, y se decide quitar el bracket de la pieza 2.2, ya que con el medio de tracción que utilizamos ya no mejoraríamos su posición.



El día 27 de febrero se determina que el caso hay que referirlo al post-grado de ortodoncia ya que logramos todo lo que podíamos con el aparato, y el paso a seguir es ortodoncia fija para mejorar la posición de las piezas.



Se decide dejar el aparato con una fuerza de tensión, para que apenas mantenga las piezas en el lugar donde están, mientras colocan la ortodoncia fija.

## **Resultados**

1. Con la cirugía se logra eliminar la totalidad del odontoma y dejar así libre la corona de los dientes que se van a traccionar, tal como se indica en la Revista cubana de estomatología, (2006), al igual que Gay, (2004).
2. Se realizó un manejo quirúrgico según lo indicado en el marco teórico, con todas las medidas de asepsia. Se removió la totalidad del odontoma, dejando así libre las piezas, tal como explica Gay, (2004), que llama a este proceso “alveolotomía y alveolectomía conductoras”.
3. Posterior a la cirugía, se cementaron por primera vez los brackets de porcelana que ayudarían a la tracción de las piezas, ya que estaban en posición desfavorable y a distancia para que erupcionaran por si solos, y Gay, (2004), recomienda la combinación de cirugía con ortodoncia. A los días se desprendieron los brackets de la superficie de los dientes, ya que como lo explica Proffit, (2002), es muy difícil manejar la saliva, sangre y otros contaminantes que impiden una correcta adherencia del bracket a la superficie del diente.
4. Se dejó en observación la erupción de las piezas sin medio de tracción para ver la mejoría en su posición, tal como lo explica Gay, (2004), respetando el “gubernaculum dentis”, que es la fuerza del diente para erupcionar por sí solo, después de eliminar la barrera que obstruye la erupción normal. La posición mejoró de manera lenta hasta llegar a detenerse. Se cementaron los tres brackets de nuevo y mejoró la tracción de las piezas.
5. Se decidió utilizar un aparato de ortodoncia removible con ansas en el paladar como puntos de tracción de las piezas, como lo explica Proffit,

(2002), el cual llama como “un anclaje adherido y un aparato de ortodoncia”, además, dice que el utilizar un aparato de ortodoncia removible es una limitante ya que se dificulta el movimiento dental. Esto fue una limitante ya que las piezas estaban erupcionando con una angulación hacia palatino.

Con lo anterior se puede decir con satisfacción que todos los objetivos planteados al principio de este trabajo se cumplierón.

## **CAPITULO V**

### ***Conclusiones***

1. El movimiento de las piezas se produjo mas rápido con la tracción de los brackets que sin ellos. La erupción de los dientes sin tracción se detuvo tal como lo comenta el Dr Samir Bishara en sus investigaciones en donde él ha podido comprobar que al eliminar la tracción se desarrolla una anquilosis de las piezas.
2. Después de los cuatro meses y cuatro días que tardo este tratamiento se obtuvo una mejoría significativa en la erupción de las piezas 2.1, 2.2 y 2.3, efectuando la tracción mediante el aparato removible unido por medio de resortes a los brackets.
3. No se logró la posición ideal de las piezas en el arco ya que el aparato utilizado efectuaba la fuerza con una mayor dirección hacia palatino. Por lo tanto, se puede concluir que se debe diseñar muy cuidadosamente el aparato de ortodoncia, para tener varias opciones para angular la o las piezas que se van a traccionar.
4. Se determinó que la erupción de las piezas se da de una manera mas lenta sin un medio de tracción solamente al eliminar la barrera física que impide ese proceso, como es la eliminación del odontoma en este caso específico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Garmendía, A., et col. (2000). Retención dentaria. Recuperado el 11 de abril de 2007, de [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15\\_2\\_00/ord07200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord07200.htm)
2. Junquera, L., et..col. (2004). Odontoma intraóseo erupcionado: una infrecuente patología. Recuperado 17 de abril de 2007, de [http://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n3/en\\_10.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n3/en_10.pdf)
3. Revista Cubana de Estomatología. (1999). Municipio güines exéresis de implantaciones dentarias complejas. Presentación de 3 casos. Recuperado el 11 de abril de 2007 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071999000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071999000300010&script=sci_arttext)
4. Revista Cubana de Estomatología. (2006). Odontoma compuesto como causa de retención dentaria. Presentación de un caso. Recuperado 17 de abril de 2007 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072006000200011&lng=en&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200011&lng=en&nrm=iso)
5. Revista de odontología. (2000). Consideraciones en la valoración y diagnóstico de inclusiones e impactaciones dentarias. Reseña. Recuperado 11 de abril de 2007 de <http://encolombia.com/odontologia/foc/odont59-001-198cirugia.htm>
6. Gay, C. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Madrid, España: Ergon
7. Gómez de Ferraris, M. E, Campos, A. (2002). Histología y embriología bucodental. Madrid, España: Editorial médica panamericana.
8. Kruger, G. (1990). Cirugía Bucomaxilofacial. México D.F: Editorial Panamericana.
9. Proffit, W. (2002). Ortodoncia contemporánea, teoría y práctica. Madrid, España: Ediciones Harcourt.
10. Sapp, J., Eversole, L. y Wysocki, G. Patología oral y Maxilofacial contemporánea. Madrid, España: Ediciones Harcourt.