

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL INCISIVO RETENIDO

María Dolores Huaygua Arpita⁶
Lourdes Zeballos López⁷

RESUMEN

Se denomina diente retenido a aquella pieza dentaria que una vez llegada su época de erupción permanece rodeada de tejido óseo en el interior de los maxilares, manteniendo la integridad de su capuchón pericoronario fisiológico sin haber perforado la mucosa bucal, la retención dentaria es intraósea cuando la pieza dentaria está íntegramente rodeada de tejido óseo o es retención subgingival, cuando está cubierto de encía.

La retención dentaria se produce secundariamente a una serie de factores como ser: factores locales, generales o sistémicos (malformaciones asociadas a síndromes, enfermedades genéticas, endocrino-metabólicas), que impedirán la erupción de la pieza dentaria, alteración que si bien no presenta síntomas en gran parte de los casos, en otros puede ocasionar efectos nocivos en los tejidos adyacentes, motivo por el cual el diagnóstico temprano a través del examen clínico radiográfico es imprescindible para poder determinar un plan de tratamiento, el cual en la mayoría de los casos consistirá en un tratamiento quirúrgico como ser la exodoncia de la pieza dentaria retenida.

PALABRAS CLAVES

Retención, exodoncia, incisivo lateral

INTRODUCCION

Los dientes temporarios erupcionan en cavidad bucal a partir de los 6 meses de edad según la cronología de establecida debiendo concluir a la edad de 24- 36 meses. Es así que una vez llegada la etapa de erupción ya sea en la dentición temporaria o permanente si alguna de las piezas dentarias está ausente y al examen radiográfico se verifica que se encuentra dentro del tejido óseo de los maxilares, se podrá afirmar que es un caso de *síndrome de retención dentaria*, el cual además de tener la ausencia de la pieza dentaria en la cavidad oral, presenta alteraciones que afectan a los tejidos adyacentes.

La retención dentaria puede presentarse a nivel de todos los grupos dentarios como ser incisivos, caninos, premolares y molares; sin embargo en el artículo únicamente se tomará en cuenta el grupo incisivo. La pieza más afectada de este grupo es el incisivo central superior (4%), luego el incisivo lateral superior (1.5%), incisivo lateral inferior (0.8%) y por último el incisivo central inferior (0.4%) (*Estadística de Bertenski*).

Este cuadro requiere un diagnóstico temprano para proceder a planificar el tratamiento que puede consistir en realizar una incisión del tejido gingival que cubre la pieza dentaria retenida, tratamiento ortodóntico combinado con el tratamiento quirúrgico, trasplante dentario, germenectomía o en último caso la exodoncia quirúrgica de la pieza retenida.¹⁻²

ETIOLOGIA DE LA RETENCION DENTARIA

Entre los principales factores etiológicos de la retención dentaria pueden mencionarse:

⁶Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA
⁷Univ. Quinto Año Facultad de Odontología UMSA.
Redactora

1. **Factores locales** como ser: la densidad del hueso que cubre el diente, falta de fuerza de erupción, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, discrepancia entre el tamaño de las piezas dentarias y la longitud de la arcada dentaria, además de interferencia de otras piezas dentarias, las cuales presentaran posición irregular, pérdida prematura de las piezas dentarias temporarias o persistencia de las mismas en la arcada dentaria vecina, o bien, posición ectópica de la raíz dentaria, apiñamiento dentario, quistes, tumores e inflamación crónica continuada que puede provocar el aumento de la densidad de la mucosa (fibrosis gingival).

2. **Factores generales o sistémicos** como ser: raquitismo, anemia, desnutrición, tuberculosis, sífilis congénita, síndromes como la disostosis cleidocraneal, el Síndrome de Gardner, el Síndrome de Fabry; y el querubismo.

3. **Otros factores** como ser : traumas dentarios producidos en la dentición temporaria. que por la estrecha relación existente entre los ápices de los dientes temporarios y los dientes permanentes en formación pueden ser transmitidos con facilidad a la dentición permanente, pudiendo provocar lesiones en los dientes en desarrollo o cambio de dirección en los folículos de las piezas dentarias.⁹

LESIONES OCASIONADAS COMO CONSECUENCIA DE LA RETENCION DENTARIA

Entre las principales alteraciones se pueden mencionar la resorción radicular de las piezas dentarias vecinas, malposición dentaria, desplazamiento dentario o migración patológica de las piezas vecinas, dolor por compresión de

las terminaciones nerviosas, caries dental, alteraciones infecciosas como ser osteomielitis, pericoronaritis, absceso crónico, enfermedades periodontales, tumores y quistes.

EXAMEN CLINICO

Al realizar el examen clínico se observará la ausencia total o parcial de la pieza dentaria en la cavidad oral, maloclusión dentaria, pudiendo o no encontrarse la retención dentaria asociada a una pericoronaritis e incluso a una celulitis facial con la presencia de todos los signos de inflamación que caracterizan dicha alteración como ser: edema inflamatorio, eritema, dolor, malestar general, fiebre, además de trismus en algunos casos, siendo importante realizar todas las maniobras necesarias para el examen clínico que en conjunto orientarán al examinador a establecer un diagnóstico presuntivo, debiendo solicitarse las pruebas complementarias respectivas para poder establecer un diagnóstico definitivo.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Entre los exámenes complementarios a realizarse para establecer el tipo de procedimiento a realizar son:

- **Radiografía**, siendo de gran utilidad la radiografía periapical, (técnica del paralelaje), ortoclusal, panorámica, telerradiografía y tomografía axial computarizada, en función al requerimiento profesional.
- **Antibiograma**, solicitado únicamente en ciertos casos como en los cuales la retención dentaria se encuentra asociada a un proceso infeccioso.
- **Inmunología**, indicado en aquellos casos de retención dentaria múltiple asociada a enfermedades de origen autoinmune.

- **Laboratorio.** En caso de determinar un manejo quirúrgico se solicitarán: , biometría hemática, coagulograma, glicemia, creatinina con el fin de verificar el buen estado del paciente y así evitar complicaciones durante el procedimiento quirúrgico.³

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Entre las indicaciones del tratamiento quirúrgico de la pieza dentaria retenida se encuentran: resorción radicular y enfermedad periodontal en piezas dentarias vecinas, presencia de quistes, tumores, malposiciones, y apiñamientos dentarios. Es también una indicación en caso de fracaso ortodoncico.³

Entre las contraindicaciones se mencionan: la presencia de enfermedades sistémicas de alto riesgo, cercanía de la pieza dentaria retenida a estructuras anatómicas nobles que pueden ser lesionadas al realizarse el tratamiento quirúrgico y en individuos de edad muy avanzada.³

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Entre las principales alternativas del tratamiento quirúrgico se encuentran: el descapuchamiento u operculectomía, exodoncia de la pieza dentaria, trasplante dentario y excéresis del folículo dentario o germenectomía.

- **El descapuchamiento** es una técnica de reposición apical en los dientes anteriores retenidos o incluidos en posición vertical por vestibular. El mismo consiste en la excéresis del capuchón pericoronario con una incisión a nivel de la encía que cubre al diente que se encuentra en proceso de erupción, con bisturí manual o láser, después de lo cual se

realiza hemostasia y la colocación del apósito quirúrgico respectivo, debiendo realizarse controles postoperatorios necesarios hasta la erupción total de la pieza dentaria. Siendo en algunos casos necesario aplicar manejo ortodóntico en función al caso clínico.³

- **Exodoncia dentaria** es una alternativa de tratamiento en pieza dentaria retenida, que consistirá en la extracción de la pieza comprometida, la cual se encontrará rodeada de hueso (retención intraósea) motivo por el cual es necesario realizar las siguientes maniobras quirúrgicas: incisión, colgajo, ostectomía, odontosección, en ciertos casos, eliminación de saco pericoronario, reposición del colgajo y sutura.
- *Maniobras previas a la exodoncia:* Aplicar las medidas de bioseguridad en la preparación del cirujano y del paciente con el correspondiente aislamiento, asepsia y antisepsia del campo operatorio perioral, con yodopovidona. En caso de asepsia intraoral puede usarse clorhexidina al 0.12%. Luego se procede a realizar la anestesia local abordando diferentes troncos nerviosos como el nervio infraorbitario y nasopalatino para la extracción de los incisivos superiores, mientras que para extraer los incisivos inferiores se implicarán a los nervios incisivos, mentonianos o dentario inferior. El uso de analgésicos y/o antibióticos antes de la cirugía dependerá de la decisión del profesional tratante en base al cuadro encontrado.
- *Procedimiento quirúrgico propiamente dicho:* Se realiza la incisión respectiva con bisturí hojas Nº 12-1,5 mango Bard-Parker Nº 3, dependiendo de la zona a incidir, se

procede al desprendimiento y levantamiento del colgajo mucoperióstico, ostectomía con fresa quirúrgica de carburo redonda, irrigando con una jeringa de 20ml. de solución fisiológica para evitar la osteonecrosis por sobrecalentamiento secundario al uso del instrumental rotatorio de alta velocidad, inmediatamente después se procede a la odontosección del eje longitudinal y/o, luxación, y exodoncia de la pieza retenida, luego se realiza la eliminación del saco pericoronario, limpieza y tratamiento de la cavidad postextracción, que puede ser rellenada con esponjas hemostáticas, hidroxapatita de calcio o limadura de hueso autólogo, para luego realizar la sutura correspondiente con seda 000 y aguja atraumática.³

- **Complicaciones durante o después de la exodoncia de un diente retenido:** se mencionan alcorte y compresión de algún tronco nervioso con insensibilidad prolongada o parestesia de la zona afectada, trismus agudo, fractura de raíces, desgarro de los vasos sanguíneos, fractura del proceso alveolar, desplazamiento y exposición de raíces de los dientes vecinos, lesiones en los labios, mejillas y mucosas por el uso de instrumento, apertura y/o fractura del seno maxilar, introducción de una pieza dentaria dentro del seno maxilar, comunicación bucosinusal, necrosis y pérdida de gran parte del proceso alveolar, etc. dolor por trauma o dolor de
- **Trasplante dentario** es un procedimiento que consiste en trasladar el diente retenido de su alveolo a un alveolo postextracción o a un alveolo quirúrgico, el cual será confeccionado durante la cirugía- Es

indispensable que, el receptor no sea portador de enfermedad y tenga una calidad y espesor de tejido óseo adecuado.

El éxito de este procedimiento depende principalmente de la revascularización post-operatoria, reinserción del ligamento periodontal al hueso y al cemento y de la integridad del ligamento periodontal, motivo por el cual es muy importante realizar los controles post-operatorios respectivos incluyendo pruebas de vitalidad y placas radiográficas mínimamente 2 años después de haberse realizado el mismo.

Si bien el trasplante permite devolver al paciente la funcionalidad y la estética, puede sufrir endorizólisis o exorizólisis¹⁰ años después de haber sido trasplantados pudiendo llegar a perderse la pieza trasplantada.

Para la toma de decisión de éste procedimiento deben tomarse en cuenta la edad del paciente, madurez dentaria, falta de espacio en la arcada en cuanto a la anchura y a la altura de los huesos maxilares, higiene bucal, estado de salud general del paciente y estado gingivoperiodontal.³⁻⁴

- **Excéresis del folículo dentario:** ó germenectomía que consiste en eliminar el saco pericoronario cuando la pieza dentaria se encuentra en proceso de formación sin haberse formado las raíces dentarias.

CONSIDERACIONES POST-OPERATORIAS

Se debe indicar al paciente cumplir las indicaciones emitidas por el profesional tratante, sobre todo si se trata de un paciente ambulatorio, ya que si se encuentra internado podrá ser controlado

por el personal respectivo, es así que entre las principales indicaciones postoperatorias se encuentra:

- Colocación de bolsas de hielo o compresas de agua fría durante las primeras 24 horas del post-operatorio.
- Mantener mordida una gasa en la zona de la intervención quirúrgica de preferencia embebida en solución fisiológica durante 30 minutos para favorecer la hemostasia,
- Maximizar la higiene oral con una frecuencia de 3-4 veces al día, con enjuagues bucales suaves como la clorhexidina al 0.12%.
- Iniciar medicación analgésica durante las primeras 24 horas debiendo discontinuarse en caso de ausencia de dolor.
- Dieta blanda y blanca durante las primeras 24 horas, no fumar y acudir a los controles post-operatorios respectivos.

BIBLIOGRAFIA

1. Ríes Centeno G. Cirugía Bucal Patología Clínica y Terapéutica. 9^{na} edición. Editorial El Ateneo Argentina. 1987: 218-244.
2. Bravo Montes De Oca M.A. Cirugía dientes retenidos. Fecha de acceso: 24 de septiembre de 2012. Disponible en: <http://es.slideshare.net/drmarcoantoniobravo/inclusion-y-retencion-dentaria>
3. Cruañas Sospedra C. Cirugía de afecciones bucales con fines protésicos. Fecha de acceso 17 de septiembre de 2012. Disponible en: <http://www.hospitalneijeiras.sld.cu/hh/m/m/m/documentos/CIRUGIA%20MAXILO%20FFACIAL/GP/CIRUGIA%20DE%20AFECCIONES%20BUCALES%20CON%20FINES%20PROTESICOS.pdf>
4. Giovacchini M. P., Smerilli A.L. Trasplantes e implantología. Fecha

de acceso 26 de septiembre de 2012. Disponible en:

http://www.ctv.es/USERS/aidoi/transplantes_e_implantologia.html

5. Archer W. H. Cirugía Bucal, 2^{da} edición. Editorial Mundi Buenos Aires-Argentina. 1968: 182
6. Donado Rodríguez M. Cirugía Bucal. 3^{ra} edición. Editorial Masson España. 2005: 385,386-390
7. Clavero A., Silvestre FJ., simón JM., Requeni J. Protocolos de asepsia en odontología. (Ciencia y practica Labor dental Vol. 9 N^o 2 pág. 81). Fecha de publicación 4 de marzo de 2008. Fecha de acceso 26 de septiembre de 2012. Disponible en: http://www.esorib.com/articulos/Art_a_sepsia.pdf
8. Aparicio Morales P., BasiliEsbry A., Castellón Zirpel L. Autotrasplante dentario. (Revista Odontológica Mexicana Vol.12 N^o 4 Pág. 224). Fecha de publicación diciembre de 2008. Fecha de acceso 26 de septiembre de 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo084i.pdf>
9. Pentón García V.1, VélizAguila Z.2, Herrera L.3, Diente retenido-invertido. Presentación de un caso. (MediSur v.7 n.6 Cienfuegos nov.-dic. 2009). Fecha de acceso: 28 de septiembre de 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000600010&script=sci_arttext