

CASO CLÍNICO: SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR RETENIDO Y EXODONCIA QUIRÚRGICA EN UNA ADOLESCENTE

CLINICAL CASE: SECOND UPPER RETAINED PROMOLAR SURGICAL EXTRACTION IN A TEENAGER

*Dra. Carla Navia Rivera 1
Dra. Carola Mendoza Téllez 2*

*Fecha de Recepción: 03/11/16
Fecha de Aprobación: 04/11/16
Artículo Científico*

RESUMEN

Se presentó el caso de un segundo premolar superior derecho retenido (pieza 15), observado en el examen radiográfico de rutina, de manera previa al tratamiento ortodóntico.

Paralelamente, se evidenció un aumento de volumen en la mucosa palatina derecha, asintomático a la palpación.

Al examen radiográfico periapical, se observó la pieza retenida en posición vertical con la corona a nivel de las raíces de las piezas vecinas. Al examen clínico no se observó desviación de la línea media a nivel de incisivos superiores e inferiores, por lo que el especialista indicó la exodoncia quirúrgica de la pieza ante la dificultad de erupción de la misma.

Palabras clave: Exodoncia quirúrgica. Premolar. Examen radiográfico periapical.

ABSTRACT

A case was presented for a second right upper retained premolar (item 15), observed in routine radiographic examination, prior to orthodontic treatment. In parallel, an increase in volume was evident on the right palatal mucosa, asymptomatic to palpation.

At periapical radiographic examination, the piece held upright with the crown at the level of the roots of neighboring parts was observed. To clinical examination was not observed deviation from the midline at the level of upper and lower incisors, so that the specialist alleged the surgical removal of the workpiece to the difficulty of eruption of it.

Keywords: Surgical Exodontia. Premolar. Periapical radiographic examination.

INTRODUCCIÓN

Se denominan dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción

1. Docente de la cátedra de Radiología. Univalle Cochabamba. carlanavia@hotmail.com
2. Docente de la cátedra de Cirugía Bucal I. Univalle Cochabamba. carola@hotmail.com

no han logrado erupcionar y permanecen en el interior de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico (1).

La frecuencia relativa de inclusión dentaria varía de unos dientes a otros, siendo los terceros molares inferiores los dientes incluidos con mayor frecuencia 35%; seguidos de los caninos superiores 34%; a diferencia de los premolares superiores incluidos que muestran una frecuencia de 3% y 0,1% los segundos molares superiores (2).

En este artículo nos centraremos en los premolares superiores incluidos, con la corona a nivel de las raíces de los dientes vecinos y en posición vertical.

Los factores etiológicos influyen en la posición del premolar incluido. Así, la inclusión vestibular suele ser consecuencia de una hipoplasia del maxilar superior, de un acortamiento de la longitud de la arcada dentaria o de un exceso de tamaño del premolar. La inclusión palatina suele tener su etiología en factores hereditarios, ectopia folicular, defectos de la reabsorción del molar temporal u otras causas como la presencia de quistes, tumores, fisuras labio – alvéolo– palatinas, etc. (2).

En cuanto a la exploración clínica, hemos de saber que la erupción del premolar superior se produce normalmente alrededor de los 10 – 12 años, pero el diagnóstico de su inclusión suele ser tardío y esto puede comprometer el resultado final del tratamiento. El diagnóstico precoz de esta inclusión es responsabilidad del odontólogo general (3).

Uno de los rasgos característicos de la inclusión del premolar superior es la ausencia de sintomatología en la gran mayoría de los casos (80%). En el paciente adolescente, se tratará generalmente de un hallazgo incidental descubierto por el odontólogo general o bien por el ortodoncista, en el curso de un examen de rutina o previo a un tratamiento ortopédico. En el adulto, lo más común será el hallazgo radiológico fortuito, en el curso de un examen de rutina o con vistas a un tratamiento prostodóncico (3).

Tan sólo en el 20% de los casos, la presencia de la inclusión dentaria se acompañará de complicaciones como motivo de consulta por parte del

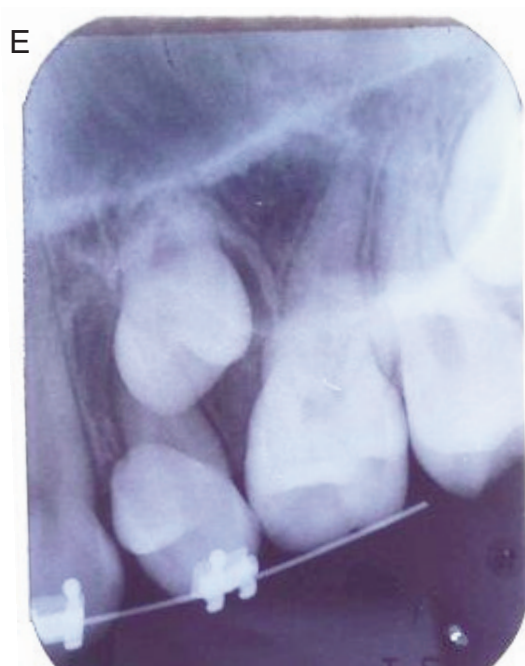
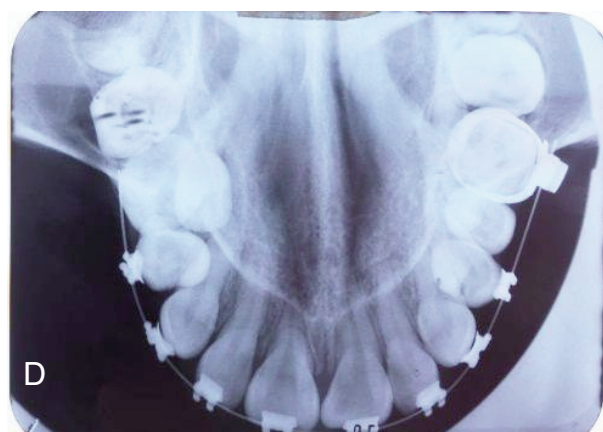
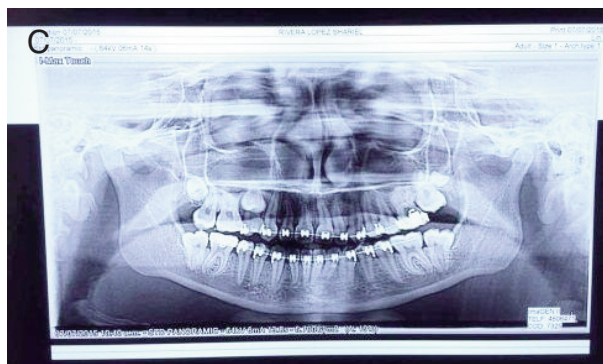
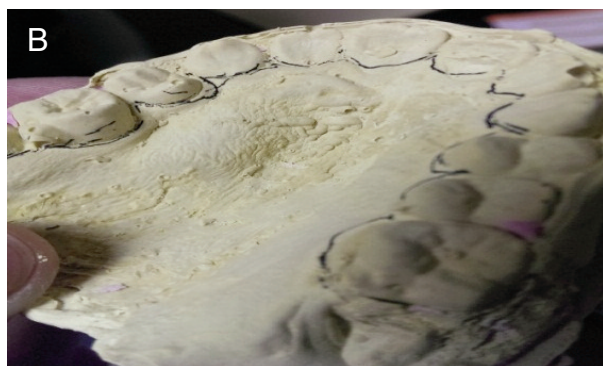
paciente (4) (5). Las complicaciones más comunes relacionadas con los dientes impactados son: la reabsorción radicular de los dientes adyacentes, la infección y el dolor asociado, la predisposición a la formación de quistes dentígeros y la reabsorción externa del diente retenido, sin embargo, los quistes dentígeros originados en los premolares incluidos no suelen alcanzar las proporciones de los originados en los caninos o terceros molares incluidos (6).

REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años de sexo femenino, aparentemente sana y en tratamiento ortodóncico desde hace un año aproximadamente. Al examen clínico, se observó que no existe desviación de la línea media (Fig. N° 1a); y a la palpación se detectó aumento de volumen en la región palatina derecha, de consistencia dura, indolora y de aproximadamente 2 cm, igualmente observado en el modelo de estudio preoperatorio, en el que se construye una férula de contención en acrílico autopolimerizable para la compresión de la zona intervenida (Fig. N° 1b).

Se utilizaron técnicas radiográficas, extraoral-panorámica e intraoral-oclusal y periapical para determinar la posición de la pieza dentaria. En la radiografía panorámica digital solicitada para dicho tratamiento y en la periapical de la zona, se observó el segundo premolar superior derecho retenido en posición vertical entre las piezas 14 y 16 sin espacio para erupcionar, por lo que se decidió acudir a la exodoncia quirúrgica (Figuras N° 1c, 1d y 1e).

Figuras N° 1a, 1b, 1c, 1d y 1e. Observación de la paciente antes de iniciar la intervención



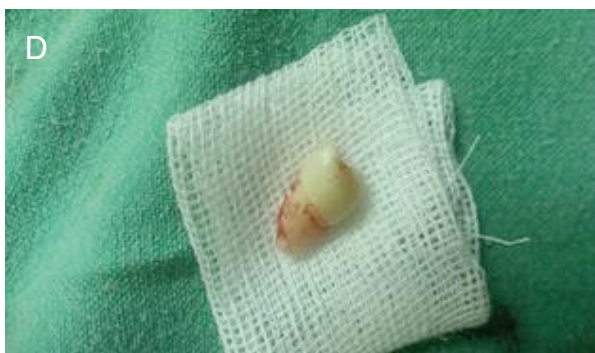
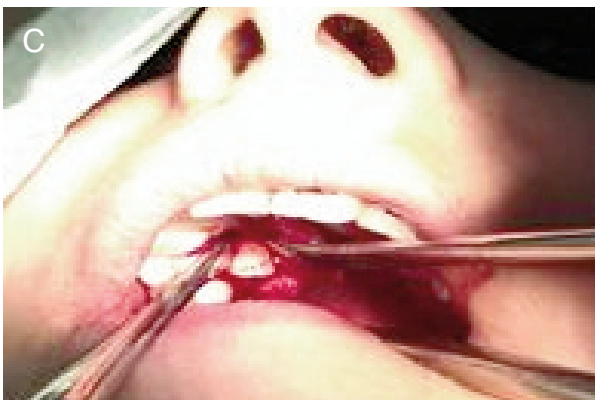
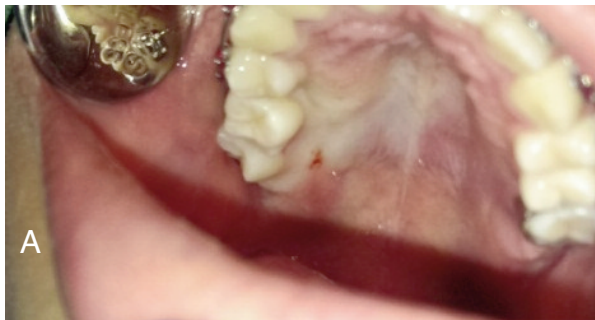
Fuente: Elaboración propia, 2016.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, procediendo a colocar anestesia infiltrativa. Posteriormente, se realizó la incisión contorneando el paladar desde el incisivo lateral hasta el primer molar del lado derecho, se desprendió la mucosa palatina localizando la zona con aumento de volumen. Se realizó la osteotomía con micro-motor y abundante irrigación con suero fisiológico (Figuras N° 2a y 2b).

Una vez descubierta la pieza, se utilizó elevador recto y fórceps para premolar procediendo a la exodoncia de la misma, curetaje leve y limado bajo irrigación. Se reposicionó el colgajo y se suturó a puntos separados con hilo 3 ceros. Finalmente, se lavó y se colocó la férula de acrílico autopolimerizable (fabricada antes de la cirugía) para hacer compresión, la misma que fue colocada en solución de DG6 (Figuras N° 2c, 2d, 2e, y 2f).

Pasados los 7 días, fueron retirados los puntos de sutura. A las 24 horas se efectuó el control de la zona intervenida, observándose una evolución favorable, sin aumento de volumen, dehiscencia de sutura, hemorragia ni dolor. Un año después se tomó una radiografía periapical de control, donde se evidenció la neoformación ósea (Fig. N°2g).

Figuras N° 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f y 2g.
Intervención y evolución del tratam



Fuente: Elaboración propia, 2016.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de este caso, si bien fue casual, ya que se ordenó la radiografía panorámica de rutina para iniciar el tratamiento de ortodoncia, es de gran relevancia por su infrecuente presentación de un premolar retenido en la práctica odontológica.

La literatura y el reporte de casos clínicos similares son escasos. Sin embargo, en la hallada se hace referencia a dos conductas terapéuticas:

1. Quirúrgica, que es la remoción de la pieza dentaria (opción elegida en éste caso ante la falta de espacio para la erupción de la misma).
2. Quirúrgica-ortodóntica, que consiste en la tracción de la pieza retenida colocando un botón ortodóntico que se fija a la pieza mediante grabado ácido y composite, con el cual se reubica la pieza en la arcada dentaria (7). En ambos casos es necesario un cuidadoso control de la inflamación y los cambios en el tejido y la manera en que va cicatrizando.

El éxito del tratamiento dependerá de la conservación mucogingival con la cicatrización y oclusión funcionales, devolviendo la estética al paciente.

Otro caso clínico hace referencia a un segundo premolar superior retenido en la maxila izquierda y a través de una tomografía computarizada se observó la posición transversal del diente, cuya corona estaba dirigida hacia el lado palatino. Esto permitió la extracción mediante un colgajo angular muy pequeño en la mucosa palatina (8) (9) (10).

RECOMENDACIONES

El diagnóstico de una pieza retenida conlleva un examen clínico y radiográfico minucioso.

Si bien una tomografía computarizada puede ser un examen no muy accesible a todos los pacientes, en la medida que se pueda debe recurrirse a ella por la exactitud de tamaño y ubicación en los maxilares a través de las reconstrucciones en los planos coronal, axial y transversal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) LASKIN DM. Cirugía bucal y maxilofacial, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1988, p. 356-8. 2003. p. 430-38.
- (2) DONADO RODRÍGUEZ, MANUEL. Cirugía Bucal (Patología y Técnica). Editorial "Elsevier Masson" tercera Edición. Barcelona, 2005.p 502
- (3) ABRON A, MENDRO RL, KAPLAN S. Impacted permanent maxillary canines: diagnosis and treatment. New York State dental Journal 2004; 70: 9.
- (4) BODNER L. Image accuracy of plain film radiography and computerized tomography in assesing morphological abnormality of impacted teeth. Am J Orthod Dentofacial Orthop Volume 120; 6: 623-8.
- (5) ERICSON S, KUROL J. Radiographic assesment of maxillary canine eruption in children with clinical signs of eruption disturbances. Eur J Orthod
- (6) <http://dentometric.blogspot.mx/p/casos-rx.html> premolares retenidos. Consultado en fecha: 10 de septiembre de 2016.
- (7) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ N, RODRÍGUEZ MORENO E, ARAGÓN ABREU JE. Molar inferior supernumerario retenido. Presentación de caso. MEDICIEGO 2011; 17(supl1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/casos/t-17.html

(8) <http://www.ons.pe/index.php/casos-clinicos/107-exodoncia-caso-7-premolar-superior-retenido-en-paladar>. Consultado en fecha: 10 de septiembre de 2016.

(9) GAY ESCODA, COSME. BERINI AYTES, LEONARDO. "Cirugía Bucal" Vol II. Ed. Oceano/ Ergon (Abril 1998) 1986; 8: 133-40.

(10) RIES CENTENO. G. Cirugía bucal. 7ma edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 2000: 345, 346, 347, 348, 405, 406, 407.