

MANEJO ORTODÓNTICO Y QUIRÚRGICO DE CANINOS SUPERIORES IMPACTADOS. REVISIÓN DE CASO CLÍNICO*

** Angelica Camelo. **Laura Orozco. **Margarita Pacheco. **Andrea Rodriguez. **Bleidy Vulferssthawisky.
Carlos A. Villamizar. ***Margarita Quiroga. *Elba. Bermudez.

Resumen: El propósito de este trabajo, es ilustrar mediante un caso clínico, la manera de diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento tanto quirúrgico como ortodóntico de los caninos superiores impactados, basados en un análisis clínico y radiográfico que permita establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento. Se identificó el manejo de los caninos superiores impactados por medio de técnicas quirúrgicas y tracción ortodóntica. Después de 15 idas de control postoperatorio, se observó una correcta cicatrización de las ventanas quirúrgicas, reposicionándose el colgajo mas apicalmente de tal manera que nos permita minimizar los problemas periodontales ocasionados por la reposición incorrecta de este. Sin embargo, se observó acumulación de placa en el botón y en los elásticos produciendo irritación gingival que se soluciono con enjuagues de clorhexidina al 0,2% dos veces al día. Es importante el manejo multidisciplinario para evaluar el plan de tratamiento mas viable

INTRODUCCION

Los hábitos alimenticios actuales han traído como consecuencia el colapso de los procesos maxilares, ésta falta de espacio ha llevado a que dientes como los caninos superiores queden impactados dentro de los maxilares. El objetivo general es identificar mediante un caso clínico el manejo de caninos superiores impactados por medio de técnicas quirúrgicas y de tracción ortodóntica.

CONTENIDO

Técnicas.

Según Clark 1971, Norton 1971, Oksala 1974, Moss 1975, Ahlbuerg 1983, Boyd 1984, Mendel 1984, Murganic 1984, Shapira y Kultinec 1984, es posible adoptar cuatro posibles planes de tratamiento para el manejo de los caninos superiores impactados.

1. La expectativa o abstención.
2. La exodoncia.
3. La exodoncia seguida de reimplantación.
4. Su inclusión en la arcada.

Los estudios realizados de acuerdo con el manejo de las diferentes técnicas del tratamiento quirúrgico y ortodóntico de caninos incluidos se tenía como opción el seguimiento de un caso clínico que ilustrara la última técnica enunciada anteriormente.

Se ha visto que los procedimientos quirúrgicos son, en ocasiones, insuficientes en sí mismos a permitir la erupción de un diente incluido. Su inclusión en la arcada sólo es posible ante un procedimiento quirúrgico ortodóntico, teniendo por finalidad el lograr la erupción del diente y crear el espacio necesario para ello.

Aquí, el fin del acto quirúrgico es exponer suficientemente la corona del diente incluido para poder fijar un medio de tracción activa sobre el diente, el tratamiento quirúrgico y ortodóntico es un método lento que tiene una duración de entre 1 y 3 años, variando en función de las dificultades encontradas y en ocasiones ardua sobretodo en lo concerniente al tiempo ortodóntico.

Unas condiciones mínimas deben exigirse para la realización de éste tratamiento -- Relacionados con los pacientes: La edad óptima (según Petrovic y Stutzmann) está entre 13 y 15 años, influirán también las condiciones socioeconómicas, además el paciente deberá reunir las características psíquicas necesarias para soportar un tratamiento de ésta duración, observar una perfecta higiene oral y contar con un adecuado historial médico.

* Trabajo de Grado para optar al título de odontólogo

** Autores Principales, Estudiantes X semestre.

*** Director científico. Odontólogo U.S.T.A. Cirugía, Implantología y Patología Oral. C.O.C.

*** Director Científico. Odontólogo Ortodoncista. P.U.J.

**** Asesor Metodológico. Odontólogo C.O.C. Magister en Administración en salud. P.U.J.

- En función de las posibilidades ortodónticas: el pronóstico del canino incluido estará relacionado, entre otras variables con su posición distópica.

-En función de la anatomía del canino:

* Existencia o no de anquilosis.

*Estado del canino temporal y de los primeros molares

*Morfología del canino impactado

*Topografía del canino.

La técnica quirúrgica consiste en :

- Anestesia
- Instrumentalización
- Incisión y disección de la mucosa
- Osteotomía

Seguida por un medio de anclaje que consiste en:

-Sobre la corona. Bracket cementado con composite.

-Sobre la arcada. El aparataje puede ser móvil, placa de resina con un resorte que activa el diente, o fijo (en éste caso obtendremos un punto de anclaje sobre el arco vestibular)

OBJETIVO GENERAL

Identificar mediante un caso clínico el manejo de caninos superiores impactados, por medio de técnicas quirúrgicas y de tracción ortodóntica.

CASO CLINICO

Paciente de 14 años de sexo femenino, raza mestiza, soltera, con un nivel de escolaridad secundario, que asiste a consulta por remisión ortodóntica para tracción de caninos superiores incluidos

La paciente no refiere antecedentes sistémicos preexistentes que comprometa el tratamiento a realizar.

Al examen físico se destacó:

Peso: 47 kl, Estatura 1,60 mts, Pulso 70 ppm, Presión arterial 120/80 mm Hg, Frecuencia Cardíaca 70 lat/min.

A la evaluación dental se observó:

Número de dientes permanentes 26. No presenta obturaciones en boca. Tratamiento preventivo Sellantes de fosetas y fisuras.

Intraoralmente: Falta de espacio por colapso maxilar trasversal. 13 y 23 incluidos con posición vertical vestibular, a la palpación se localizan los

vértices de las cúspides por vestibular por encima de las raíces de 12 y 22.



Al examen radiográfico, podemos observar La posición de los caninos, en angulación de 65 grados con respecto al plano oclusal.

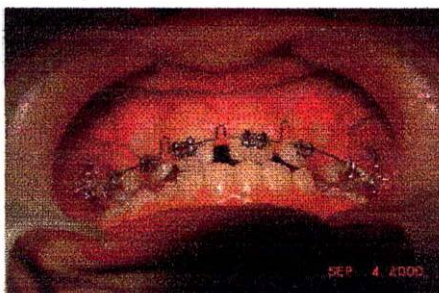


Diagnósticos:

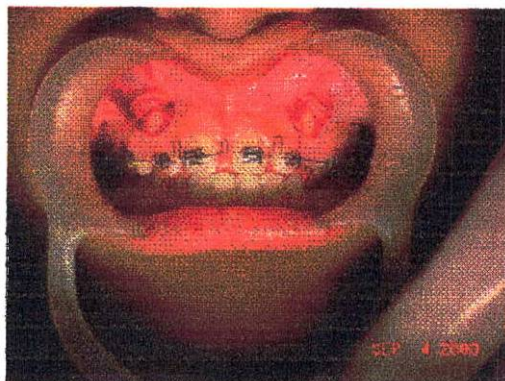
- 1.-Periodontalmente sano.
- 2.- Colapso maxilar en sentido trasversal.
- 3.- Anodoncia falsa de 13 y 23.

Tratamiento:

- 1.Diseño de colgajo mucoperióstico en semiluna a nivel de las coronas del 12 y 23.



2. Elevación del colgajo mucoperióstico y exposición de cara vestibular de los caninos.



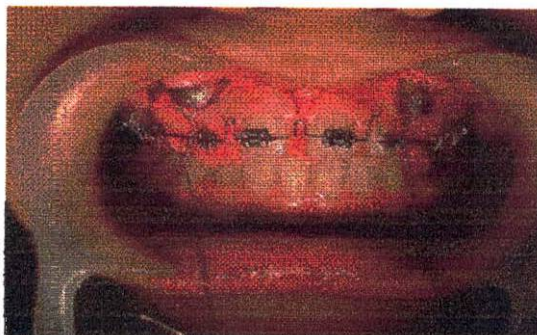
3. Osteotomía con el propósito de despejar la totalidad de la corona clínica de 13 y 23.



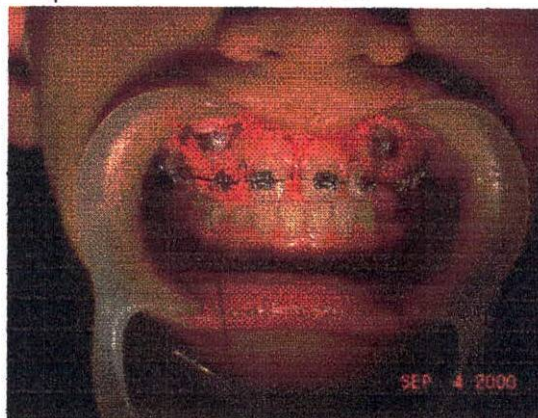
4. Secado y lavado de la superficie del canino y colocación de botones sobre el tercio medio y central de la cara vestibular de 13 y 23 mediante resinas de ortodoncia con grabado ácido.



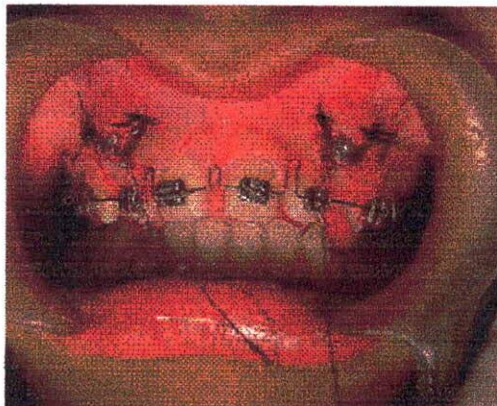
5. Colocación del alambre de retracción "entorchado" abrazando el botón palatino.



6. Reposición del colgajo en una posición más apical dejando el botón ligeramente expuesto al igual que el alambre de tracción.



7. Sutura en puntos simples del colgajo.



9. Control postoperatorio cada 15 días en primer mes y un control mensual por seis meses.

RESULTADOS

1.Después de 15 días de control posoperatorio se observó una correcta cicatrización de las ventanas quirúrgicas, reposicionándose el colgajo más apicalmente, de tal manera que nos permite minimizar los problemas periodontales ocasionados por la reposición incorrecta de este. Sin embargo se observó acumulación de placa en el botón y en los elásticos produciéndose irritación gingival que se solucionó con enjuagues de clorhexidina al 0,2 % 2 veces al día.

2.A los 20 días se retiran las suturas una vez observada la correcta cicatrización y el elástico es nuevamente cambiado por uno nuevo permitiendo una mejor tracción.

3.El siguiente control post-operatorio se realizará seis meses después de la cirugía donde se hará una evaluación clínica y radiográfica de la posición del canino.

DISCUSION

Las técnicas quirúrgicas relacionadas con la tracción ortodóntica de caninos superiores incluidos están basadas en los diseños de los colgajos y en la ubicación del canino.

Los caninos ubicados vestibularmente ofrecen mejores garantías de éxito en la tracción ortodóntica ,ya que el espesor de la tabla vestibular es muy delgado y permite la correcta ubicación de la corona de dicho diente (Kruger 1995).

Las posiciones palatinas son más complicadas quirúrgicamente debido al diseño del colgajo (mucoperióstico, gingivomarginal) así como la localización de la corona del diente, ya que el grosor de las apófisis palatinas es considerablemente mayor.

Las ventanas quirúrgicas junto con diseños de colgajos desplazados apicalmente ofrecen la mejor opción quirúrgica para la tracción ortodóntica, además de permitir una buena adaptación gingival y una minimización de los problemas periodontales (Laskin 1998) .

Las tracciones ortodónticas en posiciones palatinas por ventana quirúrgica son considerablemente más complicadas debido a la dificultad de localización de la corona así como de la cementación del botón palatino.

Actualmente las técnicas de "tunelización" elevando un colgajo mucoperióstico han sido las opciones quirúrgicas más utilizadas para la tracción de los caninos impactados en la posición palatina. El correcto manejo multidisciplinario entre periodoncista ortodoncista y cirujano ofrece la mejor opción en la determinación de la técnica quirúrgica más adecuada en la tracción ortodóntica de caninos impactados.

CONCLUSIONES

1.Es importante el manejo multidisciplinario (ortodoncia, periodoncia y cirugía) para evaluar el plan de tratamiento más viable a los caninos incluidos.

2.La determinación de la tracción ortodóntica como plan de tratamiento debe estar basada en la inspección clínica e interpretación radiográfica de la posición y angulación del diente con respecto a la arcada.

3.La técnica quirúrgica para la tracción ortodóntica es la determinada por factores tales como el estado periodontal, la posición de la corona del canino y los medios de tracción ortodóntica .

4.El estado final de la tracción ortodóntica está determinado por la correcta integración entre cada uno de los procedimientos a saber (Ortodoncia, cirugía y Periodoncia).

BIBLIOGRAFIA

- Laskin M. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Ed.Panamerican. Buenos Aires.1987.
- Mayoral J.P. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. Ed. Labor.1990.
- Mazzochi A. Consideraciones sobre pronóstico del tratamiento de caninos incluidos Compendium.Articulo ng 1 1993-1994.
- Aristeguieta. R. Ortodoncia preventiva. Ed. Monserrate. 2º Edición. 1994.
- Mejía I. Cirugía de Caninos Retenidos. Tesis de Odontología. Universidad Javeriana. 1989.
- Rosester G. Tratamiento quirúrgico y Ortodóntico de caninos Impactados. 1993. Escuela Colombiana de Medicina.

- Lynch. M. Manual práctico de Medicina Bucal. Editorial Interamericana. México. 1990.
- Rateitshack E. Atlas de Periodoncia. Ed. Salvat. 2ª Edición. 1997.
- Buchanan G. Surgical Intervention as and aid to orthodontics. Ann. Austral col. dent. Surg. 1997.
- Atrizodeh. F. Ankylosis of teeth following thermal injury. J. Periodont. Res. 6. 1995.
- Line. SE. Y Col. Relationship between periodontal injury selective cell repopulation and ankylosis. J. Pewriodontol. 1994.
- Baumrind. S. Transvers development of human jaws between the age of 8.5 and 15.5 years. Studied Longitudinally with use of implants. J. Dent. Res. 69. 1990.
- Brown. IS. Effect of orthodontic therapy on periodontal defects. J. Periodontal. 1993.