

INFORME DE CASO

Tratamiento multidisciplinario en paciente con transposición dentaria. Presentación de una paciente

Multidisciplinary treatment in a patient with tooth transposition. Presentation of a patient

MSc. Dr. Diosly Iglesias León¹

MSc. Dra. Damara San Román Santana²

Dr. Reinaldo Delis Fernández³

¹ Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Clínica Estomatológica "Celia Sánchez Manduley", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: dioslyil@capiro.vcl.sld.cu

² Especialista de I Grado en Ortodoncia. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Clínica Estomatológica de Especialidades "Batalla de Santa Clara", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: dioslyil@capiro.vcl.sld.cu

³ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: reinaldodf@hamc.vcl.sld.cu

RESUMEN

La transposición dentaria es una anomalía caracterizada por el cambio de posición entre dos dientes o más en el arco dentario. Esta anomalía puede provocar diversos problemas funcionales y estéticos y, por estas razones, necesita de un correcto diagnóstico para un tratamiento precoz que involucra, generalmente, un abordaje multidisciplinario, razón por la que constituye un desafío para los Especialistas en Estomatología que deciden tratarla debido a su etiología indefinida y por las dificultades en decidir cuál es el tratamiento más indicado.

Palabras clave: anomalías dentarias, retención de dentadura

ABSTRACT

The dental transposition is an anomaly characterized by the change in position between two or more teeth in the dental arch. This anomaly can cause various functional and aesthetic problems and for these reasons, it needs a correct diagnosis for early treatment that involves usually a multidisciplinary approach, and therefore constitutes a challenge for Specialists in Stomatology who decide to treat because of the indefinite etiology and the difficulties in deciding what is the best treatment.

Key words: tooth abnormalities, denture retention

La transposición dentaria es una anomalía caracterizada por el cambio de posición entre dos dientes o más en el arco dentario,¹⁻³ se muestra con una prevalencia relativamente baja en la población -aproximadamente de 0.1 a 0.4% en ambos maxilares-, generalmente es unilateral y más frecuente en el arco superior. Las transposiciones dentarias son más frecuentes en el sexo femenino y el lado izquierdo, generalmente, es el más afectado. Esta anomalía puede provocar diversos problemas funcionales y estéticos y por estas razones necesita de un correcto diagnóstico para un tratamiento precoz que involucra, generalmente, un abordaje multidisciplinario.³⁻⁵ Constituye una anomalía dentaria poco documentada

en la literatura a pesar de ser conocida hace bastante tiempo, probablemente desde inicios del siglo XIX.³

El grado de dificultad del tratamiento de las transposiciones dentarias es considerado alto, se deben tomar en cuenta factores como el patrón facial, la edad, el estadio de erupción y la magnitud de la transposición; por estas razones se vuelve un gran desafío para Especialistas en Estomatología. La mecánica para la corrección debe ser individualizada y minimizar los riesgos y los efectos colaterales.^{6,7}

Cuando esta enfermedad se asocia a la retención de los dientes se hace realmente muy difícil de tratar y no todos los casos tienen un pronóstico favorable. 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.^{3,8,9} Estas retenciones pueden encontrarse en distintos lugares de la cavidad bucal como el palatino, el lingual y el vestibular, así como por su posición tienen múltiples denominaciones. Existen elementos a tener en cuenta en la retención dentaria: la época de erupción, la situación, el origen, las anomalías o, tal vez, factores mecánicos provocados por la falta de espacio, exodoncias prematuras, traumas, dientes supernumerarios, quistes u otras alteraciones, etc. Actualmente se le denomina síndrome de retención dentaria por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones, además de la ausencia del diente en la cavidad bucal; en su mayoría requieren de la intervención multidisciplinaria para su tratamiento.^{3,5-7} El canino, por ser el último diente en erupcionar, recoge todos los problemas de espacio y es muy frecuente la erupción alta más allá del límite mucogingival, suele condicionar también el retraso del proceso eruptivo por obligar al diente a cambiar de trayecto y salir a través de una zona ósea muy condensada, esto le atribuye la posibilidad de erupcionar en el sitio correspondiente a un diente vecino.^{2,3,7} Hatzoudi y colaboradores, en cuanto a la etiología, encontraron asociación con muchas enfermedades como lateral en forma de estaca, ausencia de dientes, persistencia de dientes primarios o temporales, rotaciones severas y pobre alineamiento de dientes, dientes supernumerarios, erupción ectópica y anquilosis radicular.¹⁰

Se presenta una paciente en la que se combinan la transposición dentaria con la retención de los dientes comprometidos.

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Paciente de 11 años y medio de edad que es aparentemente simétrica y normofacial que acudió a la Consulta de Estomatología General de la Clínica Estomatológica Docente "Celia Sánchez Manduley", de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, "porque no le habían salido dos dientes". Durante el interrogatorio se detectó que presentaba el hábito de succión del pulgar. El examen clínico arrojó que la paciente se encontraba en un período de dentición permanente con presencia, incluso, de los segundos molares permanentes, pero mostraba ausencia clínica del incisivo lateral superior izquierdo (22) y del canino superior izquierdo (23), con suficiente espacio para su erupción en la arcada.

La erupción de los dientes temporales y permanentes se realiza según una secuencia determinada y en intervalos determinados de tiempo. Si se produce un retraso patológico debe investigarse si existe agenesia del diente o la presencia de alguna causa que ocasione la retención de su erupción.

Se indicó una radiografía periapical en la que se observó que el incisivo lateral superior izquierdo se encontraba en una posición horizontal con el ápice radicular cercano a la raíz del primer premolar superior izquierdo (24) y el canino superior izquierdo aparecía en posición vertical, con la corona próxima al incisivo central superior izquierdo (figura 1). Por lo tanto, se presentaba un caso de transposición dentaria entre 22 y 23, combinado con retención de los dientes comprometidos. La prevalencia de transposición entre canino e incisivo lateral es solo en el 20% de los casos con esta anomalía dentomaxilofacial.

Ante este caso se indicó la eliminación del hábito deletéreo de succión del pulgar - que puede ser el agente causal de la retención dentaria- y se remitió al segundo nivel de atención para su tratamiento multidisciplinario.

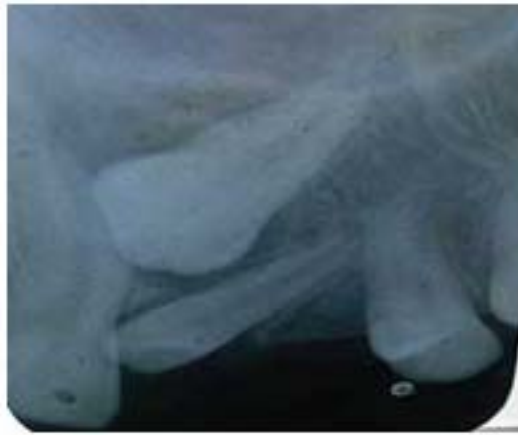


Figura 1. Radiografía inicial

Tratamiento

Por la complejidad del diagnóstico se decidió un tratamiento combinado de Cirugía Maxilofacial con Ortodoncia que propiciara la realización del enlace de los dientes comprometidos y su movimiento adecuado hacia la arcada dentaria, así como el mantenimiento de los resultados obtenidos.

Se debe ser prudente en la elección del tratamiento pues existen factores relacionados con el paciente como la motivación que se sea capaz de crear al explicarle que la colocación quirúrgica-ortodóncica de estas alteraciones necesita de una estrecha colaboración para conseguir un resultado eficaz. El paciente debe ser informado sobre el tratamiento, que requiere de una larga duración, sobre la posibilidad de múltiples intervenciones, e incluso, de cambios continuos de aparatología ortodóncica con el objetivo de modificar y orientar la posición dentaria.

Tratamiento de Cirugía Maxilofacial

Primer acto quirúrgico

Se realizaron la asepsia y la antisepsia del campo operatorio y se le aplicó la anestesia -lidocaína al 0.2%-. Se hizo colgajo vestibular a nivel de zona de encía marginal y adherida de 22 y 23, al decolar se encontró la tabla vestibular con un aumento de volumen correspondiente a la corona del 22. Se realizó la osteotomía solo a nivel de la corona con el airtor; además, se localizó la corona del 23 ubicada apicalmente por distal del incisivo central superior izquierdo (21) dentro del hueso esponjoso del maxilar, se retiró el hueso cercano a la corona del 23 (figura 2), se colocó un bracket en la corona del canino previa descalcificación del esmalte y se ató una ligadura 0.12 con suficiente largo para ser ligada al arco. Posteriormente se suturó el colgajo y se dejó la corona del 22 expuesta en el vestíbulo.



Figura 2. Primer acto quirúrgico.
Enlace del incisivo lateral (22)

Tratamiento de Ortodoncia

Se decidió tratamiento con aparatología fija técnica estándar, se tuvo en cuenta que no existía otra anomalía dentaria asociada y que había suficiente espacio en la arcada para la ubicación de los dos dientes. Se montó la aparatología fija en la arcada superior con bandas a nivel de los primeros molares permanentes y se colocó un bracket a nivel de la corona del 22. Se decidió realizar una primera fase de movimiento dentario ortodóncico en la que se propuso verticalizar el incisivo lateral y distalarlo al ubicarlo en la posición que debía tener el canino y, en una segunda fase, egresar el 23 para que ubique la posición del lateral. Se comenzó con la colocación de un arco trenzado que emitía fuerzas bien ligeras y propiciaba el movimiento de enderezamiento del 22 dado por la correcta colocación del

bracket. Posteriormente se colocó un arco 0.12 en la arcada y se ubicó una cadeneta elástica desde el bracket del 22 hasta el bloque formado por las bicúspides y el primer molar, lo que permitió la distalización de la corona del 22 y culminar así el movimiento de traslación dentaria. Posteriormente se colocó una retroligadura en ocho desde el primer molar hasta el lateral para evitar la recidiva en el movimiento logrado; luego se comenzó a realizar el movimiento de egresión del canino. Tras nueve meses de tracción del enlace, y en correspondencia con la evolución radiográfica, se observó que se había despegado el bracket del enlace y aún el canino se encontraba a nivel del tercio cervical de la raíz del 21, por lo que se decidió una segunda intervención quirúrgica.

Segundo acto quirúrgico

Previa asepsia y antisepsia del campo operatorio se anestesió con lidocaína al 0.2%. Se realizó una incisión vestibular a nivel de la encía adherida y marginal por distal del 21. Se decoló el colgajo, se retiró la ligadura metálica con el bracket y se realizó una osteotomía de la tabla vestibular de la corona del 23. Se retiró el hueso que rodeaba la corona del diente y se realizó la fenestración del 23 en la zona de la cúspide, lo que da más seguridad para la realización de la tracción del diente enlazado; a través del orificio se colocó una ligadura metálica 0.12. Se irrigó abundantemente la zona y se suturó el colgajo (figura 3).



Figura 3. Segundo acto quirúrgico. Enlace del canino (23)

Tratamiento de Ortodoncia

Se realizó el movimiento de egresión del 23 y se colocó un arco de acero 0.16 en la arcada superior. Al cabo de ocho meses el canino estaba ubicado en el arco, pero en la posición del incisivo lateral, con una ligera rotación distovestibular y un diastema de 1.5mm por distal del 23. Se decidió colocar un coilspring cerrado desde el 23 hacia distal para propiciar la derrotación del canino y su final colocación en el lugar del incisivo lateral. Se pasó a la fase de ajuste oclusal, en la que se talla la cúspide del canino y queda eliminado el orificio que se utilizó para el enlace; se verifica la funcionalidad de la guía anterior tanto en movimientos de lateralidad como protrusivos y retrusivos y en apertura y cierre. Es importante destacar que el examen funcional de la oclusión se realizó durante todo el tratamiento ortodóntico debido a las características tan peculiares del caso donde el lateral desempeña el papel del canino en el cambio direccional del arco; esto garantiza la estabilidad de los resultados obtenidos y el éxito en su pronóstico. Se realizó la contención con aparatología fija durante nueve meses. Al retirar la aparatología se colocó el removable de contención (figura 4).



Figura 4. Etapa de contención de aparatología fija

COMENTARIO FINAL

Las transposiciones dentarias pueden asociarse, en ocasiones, a la retención de los dientes comprometidos cuando existen agentes causales, fundamentalmente físicos (hábitos y presencia de dientes temporales sin erupcionar), que pueden afectar la estética y la función del sistema estomatognático. En este caso en particular se logró, mediante un tratamiento multidisciplinario, la armonía de la sonrisa así como la funcionalidad oclusal, lo que permite la estabilidad de los resultados obtenidos y el éxito del tratamiento. Es importante recordar que no siempre lo ideal es alcanzado; sin embargo, realizar un estudio integral que involucre varias especialidades estomatológicas permitirá proporcionar un tratamiento adecuado a cada tipo de transposición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa LED, Duarte RC, Pontual MLA, Beltrão RV, Beltrão RTS. Transposição dentária: estudo de prevalência em escolares na cidade de João Pessoa, PB. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2010;10(1):107-12.
2. Pailitas C. Transposición dentaria maxilar, reporte de un caso y revisión de la literatura. *Colombia América del Sur. Rev Eur Odonto Estomatol* [Internet]. 2010 Abr 12 [citado 23 Ago 2013]:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=111>
3. Miranda Candeiro GT, Campelo F, Robles Ruiz JJ. Transposición dentaria del canino superior derecho a propósito de 3 casos. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2011 [citado 23 Ago 2013];48(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Ramos Chrcanovicl B, Rodrigues Antunes Souza AC, Mascarenhas Paixão R, Napier Souza L. Primary and secondary impaction of four primary molar teeth in a single patient. *Rev Cubana Estomatol*. 2010;47(4):439-46.
5. Baldawa RS, Khante KC, Kalburge JV, Kasat VO. Orthodontic management of an impacted maxillary incisor due to odontoma. *Contemp Clin Dent*. 2011 Jan-Mar;2(1):37-40.
6. Alemán Sánchez PC, Villarreal Corvo N, González Valdez D, Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y. Tratamiento quirúrgico-ortodóncico del odontoma y los dientes retenidos. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2010 [citado 23 Ago 2013];supl 2:[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_02_10/03%20\(Sumario%20EstSupl0210\).htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_02_10/03%20(Sumario%20EstSupl0210).htm)
7. Morales N, Pereira Dávalos CI. Impactación por odontoma en asociación con alteración de la fórmula dentaria. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2012 [citado 23 Ago 2013];49(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Pentón García V, Véliz Águila Z, Herrera LM. Diente retenido- invertido. Presentación de un caso. *Medisur* [Internet]. 2009 [citado 23 Ago 2013];7(6):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727897X2009000600010&script=sci_arttext
9. Rakosi Th, Graber Th M. Preventive Orthodontics. En: *Orthodontic and Dentofacial Orthopedic Treatment*. New Cork: Thieme Stuttgart; 2010. p. 18-21.
10. Hatzoudi M, Papadopoulos M. Prevalence of tooth transposition in Greek population. *Hellenic Orthodontic Review*. 2006;9:11-22.

Recibido: 10-4-14

Aprobado: 2-6-14

Diosly Iglesias León. Clínica Estomatológica "Celia Sánchez Manduley". Carretera Maleza No. 14 entre Carretera de Sagua y Calle A. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50100 Teléfono: (53)(42) 206911. Correo electrónico: dioslyil@capiro.vcl.sld.cu