

Agenesia de los incisivos laterales superiores con caninos impactados: Ortodoncia e Implantes

Juan Manuel Bujaldón¹
Rocío Rodríguez Argañiz²
Antonio Luis Bujaldón³

¹Licenciado en Odontología, magister en ortodoncia por la UCM y ortodoncista de práctica exclusiva

²Licenciada en Medicina y Odontología

³Licenciado en Odontología, magister en periodoncia por la UCM y periodoncista de práctica exclusiva

Correspondencia:
Juan M. Bujaldón Daza
C/ Solarillo de gracia, 6, 1º D
18002 Granada

Resumen

Es muy frecuente en la clínica ortodóncica encontrarnos con casos de agenesias. Entre las más comunes están las de los incisivos laterales superiores y las de los segundos premolares inferiores (sin contar como agenesia la ausencia de los terceros molares). Ante un caso con agenesia de incisivos laterales superiores, desde el punto de vista ortodóncico, podemos optar por: cerrar los espacios convirtiendo los caninos en laterales, en los casos con apiñamiento grave o clases II; o mantener esos espacios para posteriormente colocar una prótesis o un implante. Esta es la mejor opción en la mayoría de los casos, ya que evita aplanar el perfil y la estética dentaria no se ve tan comprometida. Presentamos un caso donde ilustramos esta opción, con mantenimiento del espacio de 2 laterales superiores para luego colocar implantes.

Palabras clave: Agenesia de incisivos laterales superiores. Implantes. Caninos impactados.

Summary

It is very frequent in the clinic orthodontic to find us with cases of agenesia. Among the most common are those of the incisive lateral superior and those of the lower seconds premolars (without counting as impotence the absence of the third molar parties). Before a case with agenesia of incisive lateral superior, from the orthodontic point of view, we can opt for: to close the spaces converting the canine in lateral, in the cases with serious overcrowding or classes II; or to maintain those spaces for thereafter to put a prothesis or implants. This is the better option in most cases, since avoids to flatten the profile and the dental aesthetics is not seen so committed. We present a case where we illustrate this option, with maintenance of the space of two upper lateral for then to put implants.

Key words: Agenesis of upper incisive lateral. Implants. Canine shocked.

Historia clínica

Edad y sexo

16 años y 8 meses, mujer.

Motivo de la consulta

La paciente venía preocupada porque no había "tirado" los incisivos laterales superiores y los colmillos de leche.

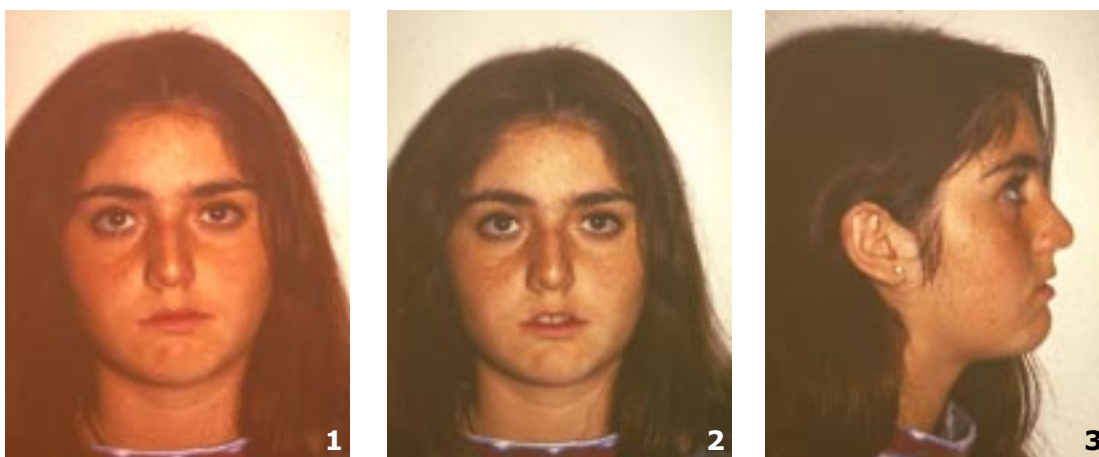
Anamnesis

No tenía historia de enfermedades, operaciones, alergias o problemas respiratorios. Tampoco estaba tomando ninguna medicación. Su madre y una tía materna habían presentado maloclusiones con caninos incluídos. No había sufrido traumatismos dentales ni maxilares, aunque refería unos golpes en 11 y 21. Tenía respiración mixta.

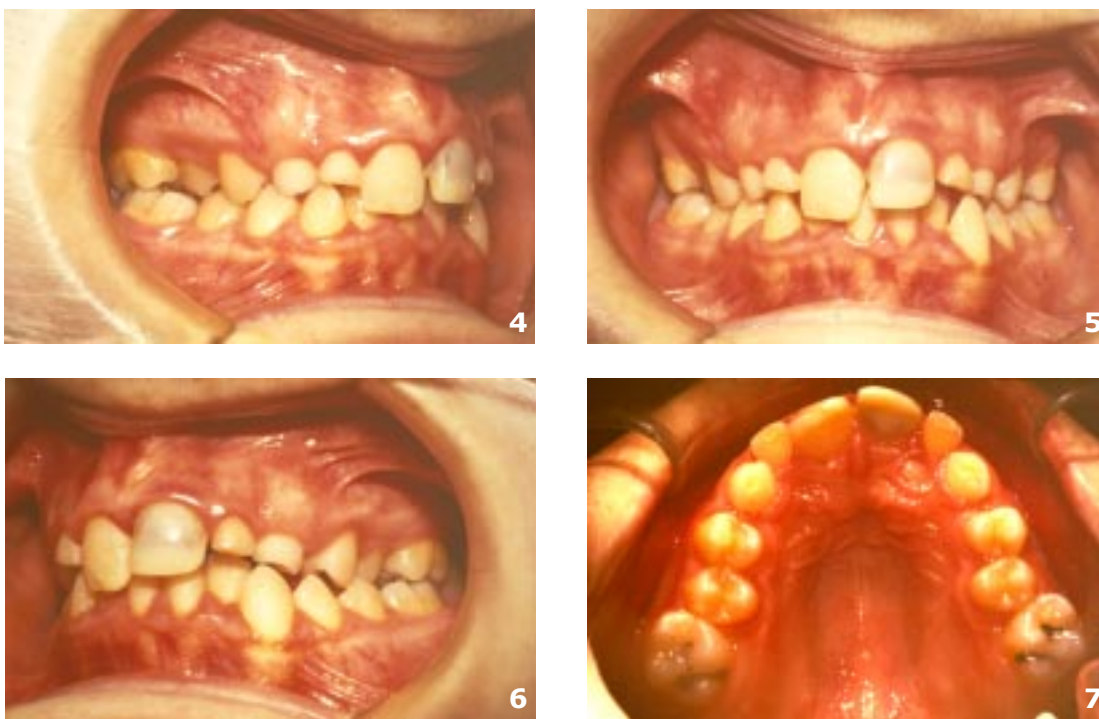
Examen facial

De frente observamos que existe una ligera asimetría facial con desviación mandibular a la izquierda. El tipo facial parece mesofacial. Labios normotónicos y competentes, aunque el superior es fino y delgado. La línea de sonrisa era gingival (Figuras 1 y 2).

De perfil se aprecia una forma recta y patrón mesofacial. Ángulo nasolabial abierto y mentolabial cerrado por un borla del mentón muy desarrollado (Figura 3).



Figuras 1 a 3. Aspecto facial del paciente antes del tratamiento: de frente en oclusión, de frente en reposo y de perfil en oclusión



Figuras 4 a 8. Aspecto intraoral del paciente antes del tratamiento: fotografías frontales y oclusales

Exploración intraoral

Presentaba obturaciones en 16, 11, 21, 26, 36 y 46. Observamos caries en el 47; y ausencia de 18, 17, 27, 28, 38 y 48. Presencia de incisivos laterales y caninos superiores temporales. El 21 presentaba una reconstrucción y un tono negruzco y la paciente nos informó que se había realizado una endodoncia. Los tejidos blandos estaban sanos aunque se apreciaba una ligera gingivitis generalizada, que le hacía candidata a una limpieza con ultrasonidos. No presentaba recesiones y la encía adherida era suficiente (Figuras 4 a 8).



Figura 9.
Ortopantomografía inicial

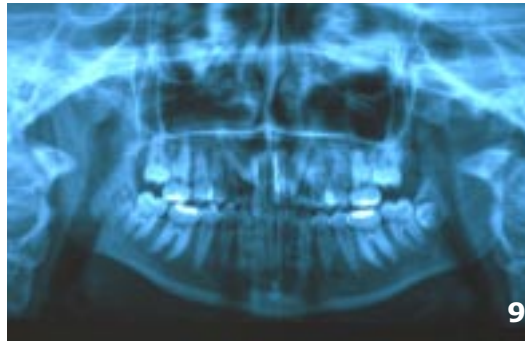


Figura 10.
Telerradiografía lateral de cráneo inicial



Exploración funcional (ATM y músculos)

La posición de relación céntrica no coincidía con la referida a la máxima intercuspidad, con una desviación a la izquierda por prematuridades entre 16-46 y 26-36.

Exploración muscular

Sensibilidad en pterigoideo interno y externo derecho e izquierdo.

Exploración de la ATM

No refería dolor muscular o articular, ni se observaron ruidos articulares. La palpación de la ATM resultó molesta. Presentaba facetas en 14, 26 y 46, pero no había historia de bloqueos ni limitación en los movimientos mandibulares.

Montaje en articulador

Apareció deslizamiento anterior en los dos cóndilos aunque más acusado en el derecho, y un movimiento transversal de 0,6 mm hacia la izquierda.

Examen radiográfico

La ortopantomografía reveló la existencia de los terceros molares inferiores pero no la de los superiores. También hay que destacar la agenesia de 12 y 22 y la impactación de 13 y 23, (con buen pronóstico eruptivo aunque el 23 estaba colocado muy a mesial); y la presencia de sus respectivos temporales. Se observan las obturaciones en los primeros molares y la endodoncia del 21 (Figura 9).

En la telerradiografía lateral notamos una ligera obstrucción de las vías respiratorias altas (Figura 10).

Análisis de modelos

Estadio de la dentición

Permanente con presencia de 53, 52, 62 y 63.

Alteraciones de número, forma o tamaño dentario

Agenesia de 12 y 22.

Alteraciones de las arcadas

Superior oval con curva de Spee media. Inferior cuadrada con curva de Spee mediana. El hueso basal superior era favorable y los primeros molares superiores presentaban rotación.

Discrepancia oseodentaria

De 0 mm en arcada superior y de -4 mm en la inferior.

Relaciones oclusales

El estudio de las relaciones oclusales en RCM, gracias al articulador reveló una relación clase I molar y canina bilateral. Un resalte de 4 mm y una sobremordida de 2/3. Mordida cruzada en 15 y 25. La línea media estaba desviada funcionalmente. También es importante destacar que el plano oclusal superior estaba muy distorsionado, sobretodo a nivel anterior con un incisivo central más extruido que el otro.

Análisis cefalométrico

Este análisis reveló la existencia de una clase I ósea, con crecimiento mesofacial. Los incisivos superiores tenían una inclinación normal y los inferiores estaban lingualizados. El perfil era retrognático, con un mentón ligeramente prominente y un ángulo nasolabial abierto (Figura 11).

Etiología

Posiblemente genética, ya que existían antecedentes por parte de su familia materna de caninos impactados.

Diagnóstico

Resumiendo, nos encontramos ante una clase I ósea con crecimiento mesofacial.

Dentariamente es una clase I molar y canina bilateral, con resalte y sobremordida aumentados, y mordida cruzada de 15 y 25. La discrepancia superior es de 0 mm y la inferior de -4 mm. Además hay rotación en 16 y 26, y presencia de 4 temporales superiores por agenesia de 12 y 22 e inclusión de 13 y 23.

Plan de tratamiento

Lo primero que hicimos fue mandarla a su odontólogo para que obturase la caries del 47, realizase una limpieza y extrajese los temporales superiores existentes. También le pedimos la realización de una fenestración a nivel del 13 para comenzar la tracción del mismo cuanto antes.

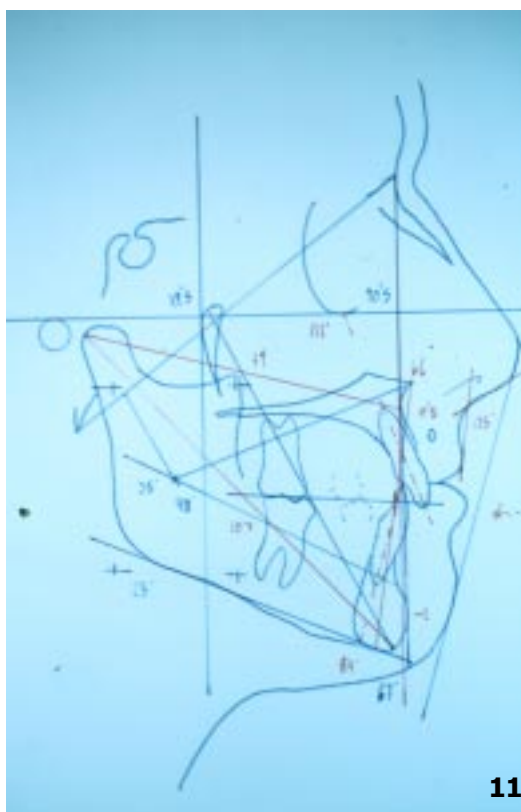


Figura 11.
Cefalometría inicial

En cuanto al tratamiento ortodóncico, programamos ortodoncia fija superior e inferior (ranura .022 .028 y prescripción de Roth), con apertura de los espacios de los laterales superiores y colocación de 13 y 23 en clase I. Escogimos esta opción porque consideramos que el cierre de espacios estropearía más un perfil que ya era retrusivo. También programamos la colocación de una barra transpalatina que nos sirviese para desrotar 16 y 26 y a su vez hiciese de anclaje para distalar los caninos superiores.

El espacio de los laterales se resolvería tras la ortodoncia con dos opciones:

1. Colocación de puentes de tres piezas de metalporcelana: tenía la ventaja de reconstruir los incisivos centrales que estaban muy antiestéticos.
2. Colocación de implantes: mejor ya que no tocamos ningún diente.

La paciente escogió esta última, pero le recomendamos la reconstrucción de los centrales bien mediante coronas o carillas de porcelana.

Progreso

El tratamiento realizado duró 2 años y tres meses. Comenzó en noviembre de 1995 con la colocación de la aparatología superior y la tracción de 13 y 23. En enero del 96 colocamos la barra transpalatina (Figuras 12 a 15). En julio de ese año se embandó la arcada inferior. Se utilizó arco utility en arcada superior para el control de la sobremordida. Durante los últimos seis meses de tratamiento tuvimos que usar

elásticos intermaxilares de clase II en izquierda para lograr una correcta clase canica e incluso a veces nos ayudamos con elásticos de línea media (Figuras 16 y 17). Conseguimos un espacio de 6 mm en el lugar de los laterales y su odontólogo le colocó los implantes en diciembre del 97. El tratamiento finalizó en febrero de 1998, con la colocación de un retenedor fijo desde 33 a 43, y una placa de Hawley superior con dos incisivos de resina. Actualmente está fuera de retención.

*Figuras 12 a 15.
Evolución del
tratamiento: tracción
de caninos superiores*



*Figuras 16 y 17.
Evolución del
tratamiento: tracción
de caninos superiores*



Resultados y evolución final

Radiográficos: podemos observar la colocación de los implantes en la ortopantomografía como hecho más destacable. También tenemos los gérmenes de los terceros molares inferiores, cuyo pronóstico eruptivo es malo y se recomendó al paciente su extracción (Figuras 18 y 19).

Cefalométricos: sigue siendo una clase I ósea y el patrón mesofacial aunque parece que tiende a cerrarse y volverse más braquifacial. El incisivo supe-



Figura 18.
Ortopantomografía final

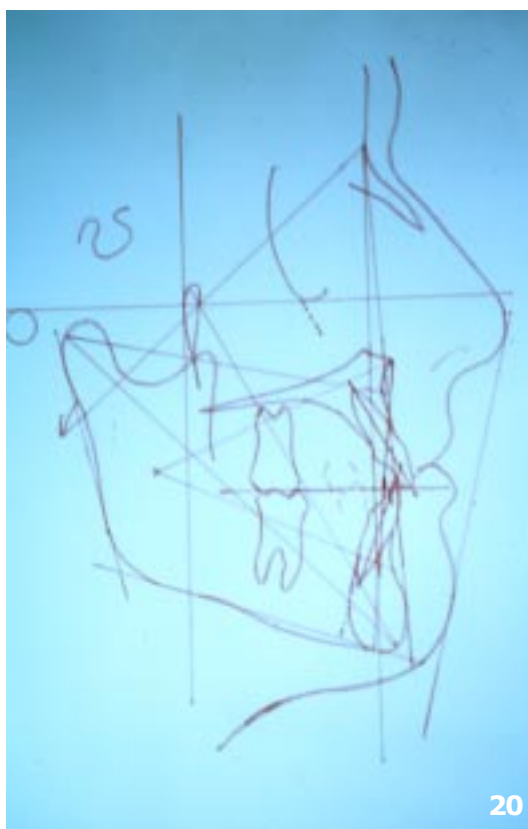


Figura 19.
Telerradiografía lateral
de cráneo final (Izda.)

Figura 20.
Cefalometría final
(Dcha.)

rior se ha vestibulizado y el inferior también aunque tiene unos valores normales (Figura 20 y Tabla 1). El labio superior sigue estando retruido.

Estéticos: no hay cambios faciales de interés (Figuras 21 y 22).

Dentarios: el alineamiento obtenido es correcto. Las relaciones oclusales anteroposteriores son de clase I bilateral. La sobremordida conseguida es de 1/3.

Desde el punto de vista transversal, las líneas medias están centradas y no hay mordidas cruzadas. Se observa en las fotos una moderada gingivitis ya que la paciente no mantuvo una higiene óptima durante el tratamiento (Figuras 23-27).

Las coronas sobre los implantes se colocaron a los 6 meses de la inserción de los mismos, durante la fase de retención. Podemos observar los resultados fina-

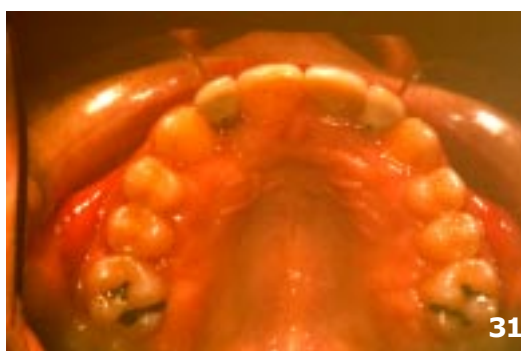
Tabla 1.
Valores cefalométricos
antes y después
del tratamiento

	Valor PRETT°	Interpret.	Valor POSTT°	Interpret.
Ricketts				
Eje Facial	79,5°	Dolicofacial	78,5°	Dolicofacial
Ángulo Facial	90,5°	Mesofacial/I	93,5°	Braquifacial/ III
Plano Mandibular	23°	Mesofacial	18°	Braquifacial
Altura Facial Inferior	48°	Mesofacial	46°	Mesofacial
Convexidad Facial	0 mm	Clase I	-1 mm	Clase I
McNamara				
Pt. A-Perp.Na	0,5 mm	Normal	3 mm	Normal
Pt. Po-Perp.Na	-1 mm	Normal	7 mm	Protrusión
Longitud Mandibular	107 mm	Hipoplasia mandibular	108 mm	Hipoplasia mandibular
Longitud Maxilar	79 mm	Hipoplasia maxilar	79 mm	Hipoplasia maxilar
Diferencia Maxilo-mand.	28 mm	Clase I	29 mm	Clase I
ENA-Me	66 mm	Mesofacial	66,5mm	Mesofacial
Otros				
Wits	-1 mm	Clase I	-1,5 mm	Clase I
Ángulo Goniaco	123°	Mesofacial	122°	Mesofacial
Inc.Sup-Plano Frankfurt	111°	Normal	120°	Vestibulizado
Inc.Inf-Plano Mandibular	84°	Lingualizado	94°	Normal

Figuras 21 y 22.
Aspecto facial
del paciente después
del tratamiento:
de frente en oclusión
y de perfil en oclusión

Figuras 23 a 27.
Aspecto intraoral
del paciente después
del tratamiento:
fotografías frontales
y oclusales





*Figuras 28 a 31.
Aspecto intraoral
del paciente después
de la colocación
de las coronas sobre
los implantes:
fotografías frontales
y oclusal superior*

les, con las 2 coronas y dos carillas sobre los incisivos centrales que colocó su odontólogo, y como la gingivitis en estos dientes es mayor ya que eran unas

fotos muy próximas al tratamiento odontológico y la paciente había tenido reparos en cepillarse esa zona por temor a estropearla (Figuras 28 a 31).