

# **UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



## **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

### **TRACCIÓN DE CANINO RETENIDO SUPERIOR CON APARATOLOGÍA ORTODÓNTICA FIJA UTILIZANDO LIGADURA METÁLICA**

#### **PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**Autor : FARFAN LAYME CINDY FIORELA.**

**Asesor : MG. ZÚÑIGA GÓMEZ RÚBEN JEREMÍAS**

**Líneas de Investigación de la Universidad: Salud y Gestión de la salud**

**Huancayo – Perú**

**2021**

## **DEDICATORIA:**

### **A MI FAMILIA**

POR SU APOYO INCONDICIONAL  
PARA PODER CONCLUIR CON MI  
FORMACION PROFESIONAL POR  
QUE FUERON LA INSPIRACIÓN DE  
SEGUIR ADELANTE.

## **AGRADECIMIENTO**

### **CON GRATITUD**

A MIS MAESTROS DE LA UNIVERSIDAD QUE ME FORMARON CON UN NIVEL ACADÉMICO DESEADO, A MI ASESOR QUE ME GUIÓ TENAZMENTE CON MI TRABAJO, A MI PACIENTE QUE ENTREGÓ SU TIEMPO PARA REALIZAR ESTE CASO CLÍNICO Y A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA CONTRIBUYERON PARA REALIZAR MI FORMACIÓN.

## CONTENIDO

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4

## CAPITULO II

2.1 INTRODUCCION.....	7
2.1.1 Planteamiento del problema .....	8
2.2 MARCO TEORICO.....	9
2.2.1 BASES TEÓRICAS .....	9
A. Formacion y trayecto del canino.....	10
B. Diente retenido.....	10
C. Etiologia .....	12
D. importancia .....	11
E. secuelas de la retención.....	13
F. prevalencia.....	17
G. clasificación y diagnostico.....	18
CLASIFICACION DE CANINOS RETENIDOS, DR UGALDE.....	22
2.3 OBJETIVOS.....	24

## CAPÍTULO III

### 3. CONTENIDO

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	25
--------------------------------------	----

HISTORIA CLÍNICA.....	25
3.2 EXAMEN CLINICO GENERAL.....	27
3.3 DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO .....	28
3.4 PLAN DE TRATAMIENTO.....	28
A. Tratamiento previo .....	28
B. Procedimiento quirurgico.....	29
PLAN Y CONTROL DE MANTENIMIENTO.....	34

#### CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES.....	37
-------------------	----

#### CAPÍTULO V

APORTES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	41

## CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA N°01	
Posición de caninos	15
FIGURA N°02	
Retención dentarias	21
FIGURA N°03	
Vista clínica del paciente	26
FIGURA N°04	
Vista de mordida oclusal	27
FIGURA N°05	
Incisión o corte de ventana de acceso	29
FIGURA N°06	
Grabado acido de pieza impactada	30
FIGURA N°07	
Confección de brazo poder con alambre de ligadura	30
FIGURA N°08	
Foto polimerización del botón	31
FIGURA N°09	
Brazo poder y botón instalado	32
FIGURA N°10	
Reposición de colgajo	32
FIGURA N°11	
Sutura de colgajo	33
FIGURA N°12	
Tracción de pieza retenida	33
FIGURA N°13	
Tracción de pieza retenida con ligas elastomericas	34
FIGURA N°14	
Control a los 8 meses	35
FIGURA N°15	
Control a los 12 meses	35
FIGURA N°16	
Tratamiento final	36

## CONTENIDO DE TABLAS

TABLA N°1	24
Representación de la clasificación de dientes retenidos descrita en el artículo de Ugalde	

## **RESUMEN**

Dentro de todas las piezas dentales los terceros molares superiores y los caninos superiores presentan la mayor incidencia en impactación, que pueden ser en una posición vestibular o palatina, es así que el canino siendo una pieza clave dentro de la arcada dental ya que proporcionara una estética aceptable y nos brindara una adecuada forma del arco dental es necesario su presencia en la boca, motivo por el cual estas piezas dentales impactadas debes ser llevadas a su posición original. El diagnóstico y el pronóstico va depender de la posición que se encuentre impactada la pieza dentaria.

por lo antes expuesto y basado en antecedentes el presente caso clínico tiene como objetivo la reposición del canino superior izquierdo mediante el uso de ligadura y aparatología fija.

En este trabajo se presenta un método eficaz para posicionar dientes incluidos en sus bases óseas basándonos mediante un brazo de poder a base de alambre de ligadura, simplificando la tracción del mismo, y gracias a la aparatología fija que nos ayudara en posicionar correctamente el canino impactado.

**PALABRAS CLAVE:** canino retenido, ortodoncia, alambre de ligadura

## **ABSTRACT**

Within all the teeth, the upper third molars and the upper canines present the highest incidence in impaction, which can be in a vestibular or palatal position, so the canine is a key piece within the dental arch as it will provide an aesthetic acceptable and will provide us with an adequate shape of the dental arch, its presence in the mouth is necessary, which is why these impacted teeth must be taken to their original position. The diagnosis and prognosis will depend on the position that the tooth is impacted.

Based on the foregoing and based on antecedents, the objective of this clinical case is the replacement of the upper left canine through the use of ligation and fixed appliances.

In this work, an effective method is presented to position teeth included in their bone bases based on a power arm based on ligating wire, simplifying its traction, and thanks to the fixed appliances that will help us to correctly position the impacted canine. .

**KEY WORDS:** retained canine, orthodontics, ligature wire

## II INTRODUCCION

Los dientes caninos son piezas dentales importantes para la cavidad bucal, siendo indispensables para realizar los movimientos de lateralidad y muy importantes para la formación correcta de los arcos dentales. La correcta posición en el arco dental asegura un buen contorno de la cara y una mejor estética de los dientes, por las dos caras mesial y distal, una que contacta con los incisivos y otra que se alinea con los dientes posteriores.

después de los terceros molares los caninos superiores presentan la mayor incidencia en impactación, que pueden ser en una posición vestibular o palatina, o quizás vestibular o lingual en el caso del maxilar inferior. Es así que realizar un buen diagnóstico tanto radiográfico como clínico es de gran importancia para llegar a un buen pronóstico y plan de tratamiento de la pieza dentaria retenida, ya que pueden ser muchos los factores que no permitan la reposición ideal del canino retenido como son la dilaceración radicular y posible presencia de anquilosis o reabsorción radicular.

por lo antes expuesto y basado en diferentes antecedentes, el presente caso clínico tiene como objetivo la reposición del canino superior izquierdo mediante el uso de ligadura y aparatología fija, que serán realizado con una técnica simple y fácil de confeccionar evitando costos y traumatismos al paciente.

## **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El tratamiento de dientes retenidos es uno de los problemas que se presentan con más frecuencia en pacientes que acuden a la consulta odontológica sobre todo que requieren tratamiento de Ortodoncia, y según los antecedentes tienen mayor predominancia en mujeres que varones, y con mayor frecuencia en el maxilar superior que pueden estar en posición vestibular o palatina.

Como es de conocimiento de muchos estudios que los tratamientos quirúrgicos y ortodóncicos con llevan a realizar trabajos de aparatología bucal, por ende, se necesita de gastos económicos y la población más afectada en los últimos tiempos son los pacientes menores de edad. Como también sabemos que estos tratamientos se realizan con cirugías muy complicadas que pueden repercutir en la salud del paciente. Es por eso que se plantea un tratamiento menos invasivo y con el menor gasto económico y que toda población afectada con este problema de canino retenido pueda acceder al tratamiento que mencionaremos en este trabajo clínico

En este trabajo se presenta un método eficaz para posicionar dientes incluidos o impactados basándonos mediante un brazo de poder, simplificando la tracción del de la pieza dentaria.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 ANTECEDENTES**

#### **DEWEL MARTI. Abordaje quirúrgico de los caninos impactados Canadá (2015)**

El objetivo del presente fue evaluar las efectividades clínicas de las temáticas quirúrgica de la retracción de caninos impactados y la extracción quirúrgica.

En el estudio que vamos a escribir a continuación podemos mencionar que la retracción de los caninos es uno de los muchos procedimientos quirúrgicos orales más comunes de un número significativo de pacientes. Los cirujanos dentistas desean la orientación más actualizada sobre la técnica más apropiada en cuanto la información para la mejor evidencia disponible que producirá la mejor incidencia de complicaciones o iatrogenias. El objetivo primordial de este trabajo fue realizar una revisión sistemática comparando el efecto de la extracción del canino y la retracción de esta pieza dentaria, y sobre los riesgos que se puedan dar al momento de hacer la intervención quirúrgica, Entonces después de un examen exhaustivo en cuanto a estos dos temas y aunque la evidencia nos sugiere que la retracción del canino puede reducir el riesgo de la lesión de diferentes partes anatómicas del maxilar tanto superior como inferior, en comparación con la extracción de estas piezas impactadas.(4)

### **JACOBS S. desplazamiento de caninos impactados(2018)**

el objetivo de este trabajo fue comparar el tratamiento de caninos retenido superiores con los caninos retenidos inferiores, el estudio incluyo con 30 pacientes que se dividieron en dos grupos, un grupo de prueba que se sometieron a la intervención quirúrgica de la retracción de caninos superiores que incluyo 15 sometidos y otro grupo de prueba que se sometieron a la intervención quirúrgica de la retracción de caninos inferiores. Los parámetros para este estudio incluyeron dolor, hinchazón parestesia novios, infección post operatoria, trismus.

Los resultados fueron, los pacientes se sometieron a seguimiento durante 6 meses para evaluar la migración progresiva de las piezas dentarias impactadas, hubo un aumento medio de migración progresiva de la pieza impactada cuando se midió la distancia inicial y la posición actual de la pieza dentaria que fue de 3 a 4 mm después de 6 meses de seguimiento continuo. Concluyendo y determinando en el análisis estadístico del estudio no mostro una diferencia estadísticamente entre ambos grupos ya que los caninos inferiores se mueven la misma distancia que los caninos superiores. esto quiere decir que la fuerza que se aplica para los caninos superiores fueron iguales para los caninos inferiores, así también presentaron los mismos síntomas post quirúrgica entre ambos grupos de trabajo. (5)

**KOKICH V.** el propósito del siguiente estudio fue describir y estado de impactación de caninos retenidos de las personas en una edad promedio de 18 a 26 años, en cuanto al diseño podríamos decir que se examinaron 234 pacientes en un estudio de corte prospectivo, a las edades de 18 años se tomaron radiografías panorámicas, a los de 26 solo se evaluaron el estado de la impactación.

Concluyendo este estudio que mayor parte de la impactación de los caninos tuvieron una posición horizontal y otra parte tuvieron diferentes posiciones o tipos de impactación, la gran mayoría de los pacientes de 18 años presentan impactaciones de tipo horizontal, a diferencia de los de 26 años que presentan otros tipos de impactación canino

## **BASES TEORICAS**

### **DIENTE RETENIDO:**

#### **DEFINICIÓN**

Un diente retenido, es aquella pieza dentaria que por diferentes motivos se queda parcial o totalmente alojado en la parte interna de los maxilares después de haber terminado la etapa de erupción normal.<sup>(6)</sup>

## A) ETIOLOGÍA

Las causas de los dientes retenidos se clasifican en dientes retenidos generales y dientes retenidos locales.

### ***Causas de dientes retenidos generales son:***

Que pueden ser producidos por alteraciones endocrinas (hipotiroidismo)

1. Alteraciones metabólicas
2. Enfermedades hereditarias
3. Labio y paladar hendido.

### ***b. Causas de dientes retenidos locales:***

Este tipo de causas pueden producir discrepancias de longitud de arco y discrepancia de tamaño dental.

1. Aberración en la formación de la lámina dental.
2. Posición anormal del germen dental
3. Anquilosis.
4. Patologías localizadas como quistes, neoplasias, odontomas, supernumerarios
5. Dilaceración de la raíz.
6. Ausencia del incisivo lateral maxilar.
7. Variación en el tamaño de la raíz del diente.
8. Variación en el tiempo de formación radicular.

## IMPORTANCIA

Las piezas dentales que generalmente son los últimos en erupcionar dentro de las arcadas son los caninos, estas piezas dentales son los más largos y resistentes de la cavidad bucal y es de gran importancia hacer lo posible en llevar a los caninos en su posición correcta dentro del arco dentario debido a las siguientes razones:

1. **Oclusión funcional:** los caninos son las piezas encargados de centralizar, desoclir y desprogramar. Esta función lo realiza cuando hacemos movimientos excéntricos como de lateralidad y protrusión y estas a su vez producen una inmediata disminución de los músculos maseteros y temporal, protegiendo de esta manera la articulación temporomandibular.<sup>(6)</sup>
2. **Estética:** los caninos proporcionan estética muy importante, ya que dan el soporte al labio superior, permitiendo que estas eminencias naso genianas no se pronuncien mucho y la persona no presente signos de envejecimiento, estas piezas dentales marcan el límite de las piezas anteriores y posteriores determinando así el límite de una buena sonrisa.<sup>(6)</sup>

3. **Contactos interproximales:** la posición correcta del canino es importante para determinar con exactitud los contactos interproximales entre las piezas dentales laterales y los primeros premolares, y de esta manera se asegura dar una mejor protección al periodonto. <sup>(3)</sup>

## **B) SECUELAS DE LA RETENCIÓN**

Los caninos retenidos al permanecer en una posición no adecuada, pueden provocar trastornos o procesos patológicos que pueden conllevar a problemas a futuro, estos trastornos pueden ser de origen mecánico, infeccioso y nervioso. <sup>(7)</sup>

Otro tipo de secuela importante, es cuando se someten a tratamiento ortodóncico puede producir la reabsorción radicular. Linge, en un estudio realizado menciona que la corrección ortodóncica de los caninos retenidos que hayan tenido una posición o erupción ectópica, es muy factible que posteriormente corra el riesgo de producir reabsorción apical.

Ericson, en un trabajo que realizo obtuvo que en el 0.7% de los niños de los 10 a los 13 años de edad, los dientes anteriores superiores tuvieron problemas con la reabsorción, debido a la posición o erupción ectópica de los caninos superiores.

Hitoshi, en un trabajo de investigación obtuvo de 11 pacientes con reabsorción a nivel radicular, los incisivos centrales y laterales tuvieron reabsorción considerable, y que tuvo predominancia en el sexo femenino con mayor porcentaje de reabsorción que en el sexo masculino en un radio de 10 a 1, obteniendo que la edad promedio de la investigación es de 13 años.



Figura 1A

Figura 1B

FIGURAS 1A Y 1B: POSICION DE CANINOS RETENIDOS

Ilana Brin, en un trabajo que realizo obtuvo que en 20 de los niños de los 11 a los 16 años de edad, los dientes anteriores superiores tuvieron problemas con la reabsorción, debido a la posición o erupción ectópica de los caninos superiores.

en un trabajo de investigación obtuvo de 20 pacientes con reabsorción a nivel radicular, los incisivos centrales y laterales tuvieron reabsorción considerable, y que tuvo predominancia en el sexo femenino con mayor porcentaje de reabsorción que en el sexo masculino en un radio de 10 a 1, obteniendo que la edad promedio de la investigación es de 20 años.

los caninos son las piezas encargados de centralizar, desocluir y desprogramar. Esta función lo realiza cuando hacemos movimientos

excéntricos como de lateralidad y protrusión y estas a su vez producen una inmediata disminución de los músculos maseteros y temporal, protegiendo de esta manera la articulación temporomandibular

Las piezas dentales que generalmente son los últimos en erupcionar dentro de las arcadas son los caninos, estas piezas dentales son los más largos y resistentes de la cavidad bucal y es de gran importancia hacer lo posible en llevar a los caninos en su posición correcta dentro del arco dentario.<sup>(3)</sup>

### **PREVALENCIA**

Mead, en su trabajo de investigación, encontró que 430 de los 570 dientes retenidos eran terceros molares (casi el 75%), otros autores también, coinciden en afirmar que después del tercer molar la pieza dentaria con mayor porcentaje en frecuencia de retención es el canino superior.

Existen varios trabajos de investigación que refieren la prevalencia de los caninos retenidos y sobre todo de los caninos superiores.

Ericson y Kokich<sup>(6)</sup> mencionan los resultados de sus trabajos de investigación que las mujeres presentan dos veces más frecuencia (1.4%) que en hombres (0.61%). De todos los pacientes intervenidos con caninos retenidos superiores se obtuvieron que el 9% de estas retenciones son en ambos lados ósea presentan tanto de lado derecho como izquierdo. La frecuencia de retención de caninos inferiores es del 0.45%.

## CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

### 1. CLASIFICACIÓN

Muchos autores coinciden con la clasificación que mencionaremos a continuación, después de una revisión minuciosa de varias clasificaciones creemos que la más práctica es la del Dr. Trujillo Fandiño, quien realizó un estudio minucioso y propuso *una clasificación para incisivos, caninos y premolares retenidos*; de una manera sencilla y fácil de aplicar a cualquier caso, para poder ubicar con exactitud estas piezas dentarias retenidas y poder localizar su posición y dirección.

#### ***Posición:***

menciona la ubicación exacta de la corona de la pieza dentaria retenido con relación a los tercios radiculares cervical, medio y apical de las piezas dentarias adyacentes, estableciendo 5 mm, para cada tercio radicular.

***Dirección:***

menciona la posición de la corona y la inclinación del eje axial, de la pieza dentaria retenido, esto puede ser en diferentes direcciones como por ejemplo; vertical, mesioangular, mesiohorizontal, vertical invertido, distoangular, distohorizontal, vestibulopalatino, palatovestibular, etc.

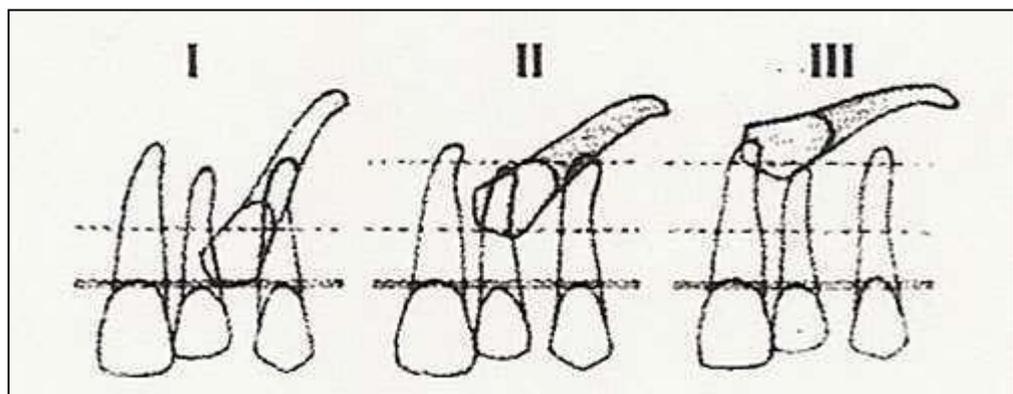
***Estado radicular:***

Menciona el tipo de la morfología radicular, teniendo de diferentes presentaciones como; raíz recta, raíz con dilaceración, raíz curva, raíz incompleta en su formación, raíz con hipercementosis, etc.

***Presentación:***

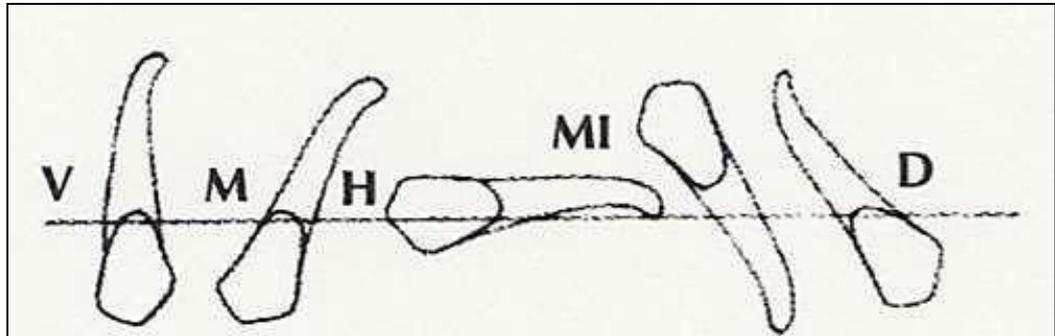
menciona la ubicación de la pieza dentaria según se encuentre dentro de los maxilares. Así también tenemos en vestibular, palatino o lingual, central. <sup>(4)</sup>

**clasificación de retenciones de pieza dentarias tipo I, II, II**



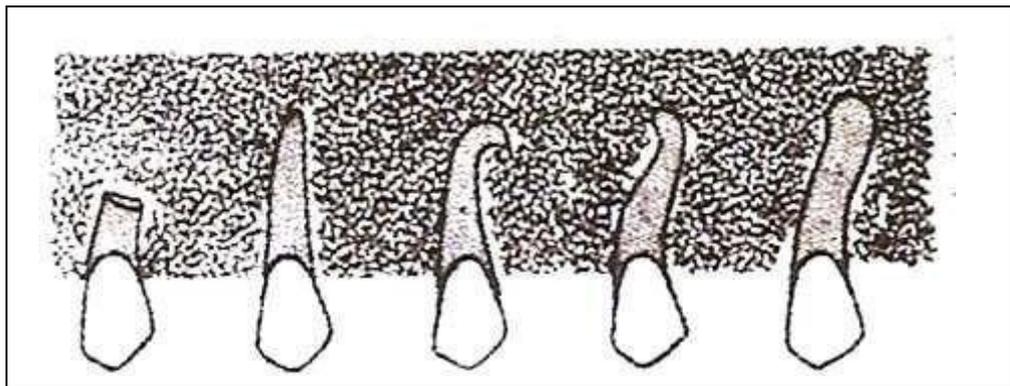
**Figura 2A**

**Dirección de retenciones dentarias.**



**Figura 2B**

**Tipos de estadios radicular de las Retenciones dentarias.**



**Figura 2C**

## Presentaciones de las retenciones dentarias

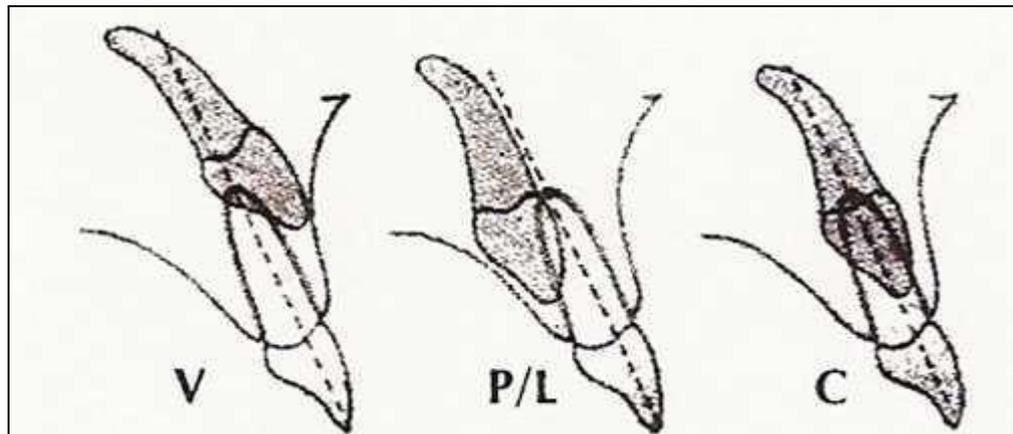


Figura 2 D

Tabla 1

clasificación de dientes retenidos descrita por Ugalde

<b>Ubicación</b>	Maxilar	Mandibular	
<b>Ubicación</b>	Unilateral Derecho	Unilateral izquierdo	Bilateral
<b>Profundidad</b>	Superficial	Moderado	Profundo
<b>Angulación</b>	Vertical	Oblicua	Horizontal
<b>Presentación</b>	Vestibular	Central	Palatina
<b>Estado Radicular</b>	En Formación	Formación Completa	Dilacerada
<b>Daño a adyacentes</b>	Con Daño	Sin Daño	

### 2.3 OBJETIVO GENERAL

retraer el canino superior izquierdo y llevarlo a su posición adecuada en la arcada dental, haciendo uso de la ligadura de alambre

## **III. CONTENIDO**

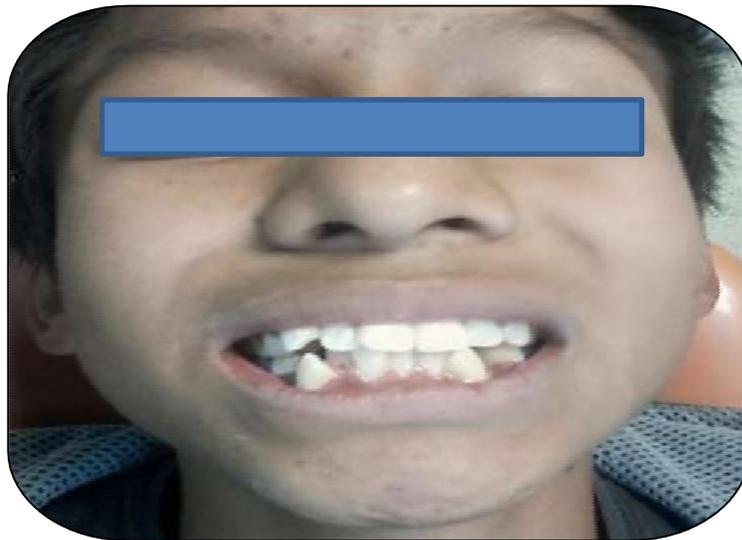
### **3.1 DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

#### **HISTORIA CLÍNICA**

Paciente masculino de 13 años de edad, de piel trigueña, que se presenta a la consulta de ortodoncia, con su mamá, preocupada porque no ha cambiado el canino izquierdo. El paciente no presenta hábitos. Al examen extra oral físico se observa perfil recto, labios normotónicos, mesofacial, presenta un ángulo nasolabial de 90°. También podemos observar ligera hipertonicidad del mentón. En la observación clínica de la cavidad intraoral, en el maxilar superior, el paciente tiene dentición permanente, y se observa la ausencia del canino superior izquierdo (2.3) con ligero apiñamiento en ambas arcadas.

Presenta una sobremordida horizontal de 2 mm y vertical 2 mm. Línea media dental inferior con una ligera desviación a la izquierda. Presenta también clase I molar derecha e izquierda y clase canina no registrable en el lado izquierdo.

Se solicita radiografía panorámica, quedando comprobado que la pieza 2.3 se encontraba retenido con estadio 10 de Nolla. En la placa radiográfica panorámica, se observan un desarrollo normas de todas las piezas dentarias así también se le solicita la radiografía lateral de cráneo para visualizar el desarrollo del perfil del paciente donde se observa que el paciente presenta clase I esquelético.



**Figura 3**  
**VISTA CLÍNICA DEL PACIENTE**

### **3.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL**

Paciente presenta buen estado clínico general, lucido, orientado, con algunas características propias del apiñamiento dental.

- Incisivos laterales inclinados hacia distal o rotados disto labialmente.
- Caninos inferiores vestibularizados
- Falta de espacio en el arco inferior.
- Incisivos laterales amplios.



**Figura 4**  
**VISTA MORDIDA OCLUSAL**

### **3.3 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO**

Luego de realizar las diferentes evaluaciones clínicas y radiográficas del paciente masculino de 13 años de edad, diagnosticado clase I esquelética con maxilar y mandibular en estado normal, con canino superior incluido, presenta apiñamiento dental, línea dentaria coincide ligeramente con la línea media facial, clase molar I bilateral, clase canina no registrable debido al canino incluido. Overbite 2mm, Overjet 2mm. Podemos decir que el paciente es favorable para el tratamiento, y con el pronóstico favorable por todas las condiciones que se presenta.

### **3.4 PLAN DE TRATAMIENTO**

#### **TRATAMIENTO PREVIO:**

Se realizó el tratamiento ortodóncico para alinear los dientes y crear espacio para la tracción del canino retenido. Se realizó técnica de ortodoncia fija, Sistema Roth, ranura slot 0.22 con arco transpalatino. Se realizó la alineación y nivelación con arcos: 0.012, 0.014, 0.016; superior e inferior. Posteriormente se procedió al acto quirúrgico para realizar la tracción de la pieza dentaria 2.3.

#### **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

Se realiza el acto quirúrgico previa a la aplicación de anestesia local infiltrativa siguiendo los pasos que a continuación se detalla:

- Con la ayuda de un bisturí se realizó las ventanas quirúrgicas para canino con exposición de los mismos. Técnica de colgajo de desplazamiento apical con porción de tejido queratinizado (encía).



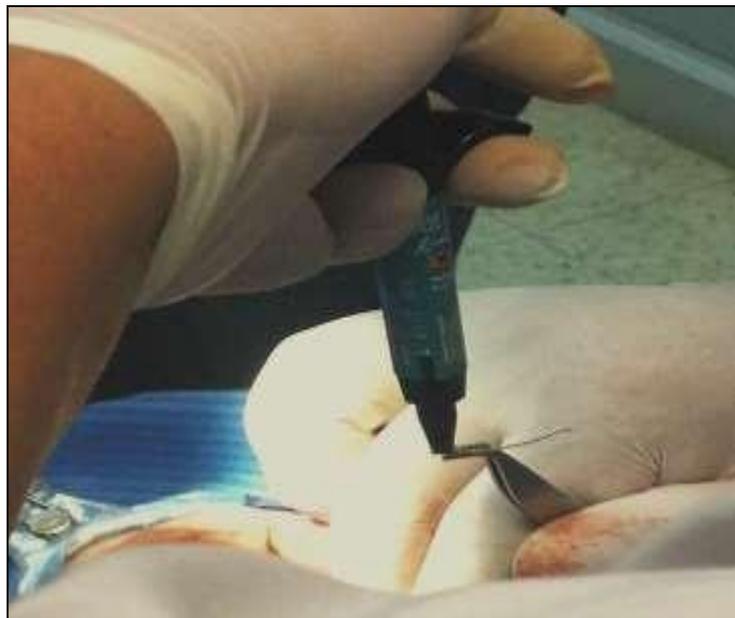
**FIGURA 5: INCISION O CORTE DE VENTANA DE ACCESO**

- Eliminación del tejido óseo vestibular que protege al canino retenido, hasta crear una ventana que se pueda visualizar la corona del canino
- Controlar el sangrado y realizar el grabado ácido y lavar profundamente con suero fisiológico.



**FIGURA 6: GRABADO ACIDO DE PIEZA IMPACTADA**

Una vez tratado el canino, procedemos a la instalación de un botón metálico de tracción en la cara vestibular del canino retenido. Previo a este acto procedemos a la elaboración de brazo de poder con alambre de ligadura N° 14 sujetado al botón accesorio para que luego sea anclado mediante cadena elastomérica, ligas interdentes y tracción del mismo.



**FIGURA 7: CONFECCION DE BRAZO PODER CON ALAMBRE DE LIGADURA**

. Procedemos a realizar la aplicación del agente acoplador para luego ser cementado con resina ortodoncia y se fotocura por 30 segundos.



**FIGURA 8: FOTOPOLIMERIZACION DEL BOTON**



**FIGURA 9: BRAZO PODER Y BOTON INSTALADOS**

- Una vez terminado el proceso de cementado, se procede a suturar la ventana de acceso. Utilizamos una técnica de reposición de la encía (colgajo abierto) sobre el diente retenido, luego de colocar el botón metálico con un alambre de ligadura para hacer la extracción externamente, el cual atraviesa el tejido al curarse la encía.



**FIGURA 10: REPOSICION DE COLGAJO**



**FIGURA 11: SUTURA DE COLGAJO**

- Una vez terminado el proceso de cicatrización, se procede a traccionar la pieza retenida a través del alambre de ligadura y de ligas elastoméricas interoclusales.



**FIGURA 12: TRACCION DE PIEZA RETENEDA**



**FIGURA 13: TRACCION DE PIEZA RETENEDA CON LIGAS ELASTOMERICAS**

### **PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO**

Después del tratamiento se logró colocar exitosamente el canino superior izquierdo y posicionarlo adecuadamente dentro de la arcada del maxilar superior; así también se logró obtener una clase I molar y canina de ambos lados, mejorando la forma de las arcadas, se obtuvo una sobre mordida horizontal y vertical adecuada, también se mejoró el perfil y eje de los incisivos. El caso fue finalizado después de 16 meses y medio de tratamiento. obtuvimos como resultado un paciente con una sonrisa agradable y armónica, y un perfil facial recto. se concluyó el tratamiento retirando aparatología ortodóncico fija y como retención de los dientes se colocó retenedor fijo con alambre de ligadura 12, desde 13-23 superior por palatino.



**FIGURA 14: CONTROL A LOS 8 MESES**

Control a los 12 meses de la intervención



**FIGURA 15: CONTROL A LOS 12 MESES**

Tratamiento final después de 16 meses a la intervención.



**FIGURA 16: TRATAMIENTO FINAL**

## IV CONCLUSIONES

Luego de haber analizado las investigaciones y revisiones bibliográficas sobre la retención o impactación de los caninos se concluye que, no es inusual la aparición de caninos retenidos en los maxilares, sobre todo con mayor frecuencia en el maxilar superior, con una ubicación predominante en palatino, con una tendencia del lado izquierdo y se observa principalmente más en el sexo femenino.

Para los tratamientos de los caninos retenidos es fundamental realizar un correcto y adecuado diagnóstico, a través de exámenes clínicos, radiográficos y tomográficos, ya que nos ayudara a determinar cualquier alteración o cambio patológico de la erupción a una edad temprana. Además, un correcto diagnóstico nos ayudara a elaborar un plan de tratamiento, que nos ayudara a resolver rápida y efectivamente cualquier problema, evitando cualquier otro problema interno o con los dientes vecinos al diente impactado.

Por lo tanto, es de mucha importancia la detección en una etapa temprana de los caninos retenidos, para evitar mayores consecuencias, minimizar el tiempo de tratamiento, las complicaciones y el costo elevado.

Las radiográficas panorámicas que se tomaron previas al tratamiento, son útiles para la duración de la tracción ortodóncico, pero no necesariamente son predictores para determinar el tratamiento final del estado de la salud periodontal de estas piezas dentarias retenidas sobre todo en los caninos impactados y reposicionados ortodónticamente.

La aparatología de ortodoncia fija ofrece una alternativa ideal para utilizar en la tracción de los caninos retenidos, utilizando ligadura trenzada metálica y el botón pagado en el diente impactado dirigido mediante ligas hacia el arco rígido con ligas elastoméricas, esta técnica es ideal y asegura un buen sistema de control que nos permitirá un buen trabajo y reposición del canino retenido.

## **V.APORTES**

Es importante reconocer la ubicación exacta de los caninos retenidos e incluidos antes de realizar cualquier tratamiento quirúrgico, mediante los estudios radiográficos y tomográficos.

es de mucha importancia la detección en una etapa temprana de los caninos retenidos, para evitar mayores consecuencias, minimizar el tiempo de tratamiento, las complicaciones y el costo elevado.

Empleando una buena técnica y con la ayuda de la aparatología ortodóncica fija podemos realizar diferentes movimientos de los diferentes dientes impactados, es necesario tener los conocimientos básicos de cirugía y ortodoncia para llevar adelante los tratamientos de dientes impactados, sobre todo del diente canino que son muy indispensables en la cavidad oral por sus múltiples funciones.

## IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kokich V. manejo de dientes impactados en los maxilares.2004
2. Parkin N. abrir versus cerrar, exposición de caninos retenidos. Database Syst Rev 2008.
3. Kokich VG, Mathews DA. Consideraciones odontológicas en el tratamiento de dientes impactados. Ann Arbor (Mich): Needham Press; 2001.
4. Olive R. factores que influyen en la erupción de dientes impactados por palatino. -2011.
5. Jacobs S. reducción de la incidencia de la erupción de caninos impactados. Aust Dent J. 1998
6. Vela A, Lasagabaster F. Un método eficaz de tracción y enderezamiento de dientes incluidos. Ortodoncia Española, 2001;41(4):287-296.
7. Nolla C. El desarrollo de los dientes permanentes. J. Dent Child. 1960; 27(4): 254-66.
8. Rodríguez Y, Kowalyszyn K, Romero M, Martínez de Páez N. Evaluación clínica y radiográfica de Erupción Ectópica de Canino Permanente Superior Derecho Retenido. Reporte de un caso. Acta Bioclínica [en línea]. 2016 [consulta: 28 Nov 2017]; 6(11): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/download/7370/723910>.
9. Orozco EE, Gurrola MB, Casasa AA. Tracción de canino maxilar izquierdo impactado con botón bondeable, ligadura metálica y cadena elastomérica. Int. J.Odontostomat [en línea]. 2017 [consulta: 28 Nov 2017]; 11(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v11n1/art12.pdf> 1

# ANEXOS

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORAL MENOR

Yo N. ..... (como paciente), con DNI N°  
....., mayor de edad, y con domicilio en .....

o Yo Nicole Dyrna Palumbo Inga con DNI No. 54512679  
mayor de edad, y con domicilio en Av. Galdeaz # 333  
Carlos Gorzales Palumbo en calidad de representante legal de mi menor hijo

#### DECLARO:

Que el Cirujano Dentista : CINDY F. FARFAN LAYME

me ha explicado que el propósito de la intervención de cirugía oral menor es para resolver alguno de los siguientes problemas de la cavidad oral, **fenestración o tracción de dientes retenidos**

Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a, es posible que los fármacos utilizados puedan producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que se me ha informado que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Igualmente, se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales y complicaciones, algunas de ellas inevitables, concretamente:

- 1.- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes o después de la cirugía.
- 2.- Hematoma y edema de la región.
- 3.- Hemorragia postoperatoria.
- 4.- Dehiscencia de la sutura.
- 5.- Daño de dientes adyacentes.
- 6.- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, temporal o definitiva.
- 7.- Hipoestesia o anestesia del nervio lingual, temporal o definitiva.
- 8.- Hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario, temporal o definitiva.
- 9.- Infección postoperatoria.
- 10.- Osteítis.
- 11.- Sinusitis.
- 12.- Comunicación buconasal y/o bucosinual.
- 13.- Fracturas óseas.
- 14.- Rotura de instrumentos.

Tras la información recibida, he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento de cirugía que se me va a practicar.

He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se practique el tratamiento de cirugía en mi menor hijo.

En Huancayo, a 05 del mes enero del 2019.

El Paciente o apoderado

  
54512679