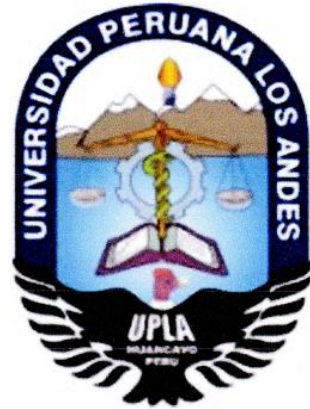


# **UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

**Facultad de ciencias de la salud**

**Escuela Profesional de Odontología**



## **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**TITULO :CORRECCIÓN DEL APIÑAMIENTO, CON  
EXTRACCIÓN DEL INCISIVO LATERAL  
SUPERIOR**

**Para Optar** : El título profesional de Cirujano Dentista

**Autor** : Bachiller Gabriel Salvador Pinto Cusimayta

**Asesor** : Mg. Surichaqui Salinas Martín Angel

**Línea de Investigación Institucional:** Salud y Gestión de la Salud

**Lugar o Institución de Investigación:** Clínica Odontológica Privada

**Huancayo, Perú 2021**

**Dedicatoria:**

En primer lugar a Dios, que siempre está a mi lado y siempre me protege; por todo lo que me brinda y por permitirme terminar mi carrera de Odontología.

A mi querida madre por todo su apoyo y paciencia que siempre me ha dado.

## RESUMEN

El apiñamiento dental, o discrepancia de longitud, es una de las mal posiciones más bastas y frecuentes en niños, pero, también, en adultos quienes presentan los dientes como montados. Si bien son corregidos en tratamientos de ortodoncia, con los cuales se alinea la dentadura, permitiendo ubicar cada diente correctamente en su arcada, tradicionalmente se corrige también extrayendo primeros o segundos molares, siendo la extracción del incisivo lateral poco usual, pero es de por si una alternativa en el arco maxilar, por la posición de dichos incisivos. El presente caso clínico, tiene por objetivo extraer de la cavidad bucal el diente incisivo lateral superior izquierdo, la pieza 2,2 en posición ectópica en una paciente de sexo femenino de 13 años de edad, quien presenta apiñamiento severo superior y leve inferior clase I canina bilateral, clase I molar bilateral, siendo clase I esquelética, habito de succión digital. Se empleó una ficha de historia clínica odontológica, realizando una evaluación clínico estomatológico integral, se procedió a tomar radiografías panorámicas y exámenes de laboratorio para un diagnóstico preciso, de ubicación del Incisivo lateral ectópico. Teniendo en cuenta el diagnóstico se procedió con la cirugía y posterior colocación de los brackets.

**Palabras clave:** Apiñamiento dental-Diente ectópico.

## SUMMARY

Dental clenching, or discrepancy in length, is one of the most frequent and frequent bad positions in children, but also, in adults who present the teeth as assembled, although they are corrected in orthodontic treatments, with which the teeth are aligned, allowing each tooth to be placed correctly in its arch, traditionally it is also corrected by extracting first or second The removal of the lateral incisor is unusual, but it is in itself an alternative in the maxillary arch, due to the position of these incisors, the present clinical case aims to extract from the oral cavity, the left upper lateral incisor tooth , the piece 2. 2 in position,ectopic, in a 13-year-old female patient, who presented with severe upper and slight lower clamping, bilateral canine class I, bilateral molar class I, being skeletal class I, digital suction habit, a dental history card was used, and a comprehensive clinical stomatological evaluation was performed, radio-taken Panoramic scans and laboratory examinations; for an accurate diagnosis, the location of the ectopic lateral incisor; considering the diagnosis, surgery was performed, and later the brackets were placed.

**Keywords:** Dental girdle-Ectopic tooth.

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>CARATULA</b>	i
<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>RESUMEN</b>	iii
<b>SUMMARY</b>	iv
<b>INDICE DE CONTENIDOS</b>	v
	Pág.
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	7
DIAGNOSTICO DE SALUD GENERAL	8
<b>II. MARCO TEÓRICO – BIBLIOGRAFÍA</b>	9
Apiñamiento dental	9
¿Qué tipos de apiñamiento dental podemos distinguir?	10
¿Qué consecuencias puede tener en nuestra salud bucodental el apiñamiento dental?	10
¿Cómo se puede corregir el apiñamiento dental?	11
Causas del Apiñamiento dental	11
Morfología y anatomía del Incisivo Lateral superior permanente	13
Pasos para la exodoncia	14
Procedimiento quirúrgico para extracción dentaria del Incisivo lateral superior	15

Colocación del paciente y del operador	15
Anestesia Tópica e infiltrativa	15
Instrumental necesario para realizar la anestesia local en Odontología	15
Colocación de la mano no operante	15
Maniobras de exodoncia en el Incisivo lateral superior	16
Antecedentes -Bibliografía	17
<b>III. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO</b>	21
Historia Clínica	21
Examen clínico general	22
Evaluación Integral	22
Diagnóstico y pronóstico	23
<b>IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL</b>	23
<b>V.DISCUSIÓN</b>	27
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	29
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	30
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	31
<b>ANEXOS</b>	33

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Apiñamiento incisivo se presenta cuando los incisivos están excesivamente juntos o como montados, es una de las anomalías más frecuentes que nos encontramos en clínica, para Gimons<sup>1</sup> “la frecuencia de tratamiento es, de 32,2% en el maxilar superior y de 52,6% en la mandíbula, aunque autores como Lunstrom afirma que es de 35% en el maxilar superior y de 50% en la mandíbula, el apiñamiento incisivo inferior es fisiológico, el apiñamiento incisivo presenta una propensión a aumentar a lo largo de la vida, siendo más frecuente que el apiñamiento de los sectores bucales, porque el ancho mesiodistal de los incisivos permanentes es mayor que el de los incisivos temporales, mientras que el ancho mesiodistal de los premolares y canino permanentes es menor que el ancho mesiodistal de los molares y caninos temporales”<sup>1</sup>

## **I.1 Diagnóstico de salud general**

“El apiñamiento dentario es una mal oclusión que tiene suma importancia, en la estética del paciente, incluso produce baja autoestima, por la posición del diente hay predisposición a las caries, y una de las causas de la pérdida prematura de dientes, también hay afectación de los tejidos periodontales y en la oclusión”<sup>2</sup>. El apiñamiento dentario viene afectando a la humanidad durante siglos. Weingerber enfatiza que desde la antigüedad, hubo conocimiento de apariencias feas ocasionadas por "dientes apiñados"; son mencionados por Aristóteles, Hipócrates, Plinio, Celso los cuales son citados por Mayoral. Al no haber espacio para que los dientes estén alineados hace que los dientes en algunos casos no erupcionen y se queden dentro del hueso o en otras ocasiones salen y quedan montados unos sobre otros. Este apiñamiento puede ser: ligero, moderado o severo. Su etiología se debe a: herencia, congénito, traumas, agentes físicos, hábitos, desnutrición, enfermedades bucales y sistémicas; así como hay factores que favorecen esta alteración dental, también la podemos prevenir fundamentalmente haciendo revisiones tempranas para prever la falta de espacio; dientes con macrodoncia, supernumerarios y la presencia de hábitos; para tratar este problema se vale de la ortodoncia. Para los apiñamientos leves a moderados también se emplean carillas, se recontornea, se colocan coronas, pero en casos de dientes superpuestos se extraen para facilitar la corrección.



## **II. MARCO TEÓRICO – BIBLIOGRAFÍA**

### **Apiñamiento dental**

Lao<sup>3</sup> afirma “La definición de apiñamiento dental, se refiere a mala posición debido a falta de o pérdida de espacio por diferentes razones; otra definición propuesta por los autores es discrepancia entre los dientes y el tamaño de los maxilares; los dientes están montados unos encima de otros, ya que existe una diferencia entre el tamaño de las piezas y el espacio que hace falta para que estén alineados, esta anomalía llamada la enfermedad del futuro, se puede presentar en dos formas básicas de apiñamiento:

- a) En la que todos los dientes hacen erupción pero se solapan en lugar de contactar con los puntos de contacto proximales
- b) Donde uno o varios dientes están incapacitados para hacer erupción a consecuencia de la falta de espacio o lo hacen ectópicamente alejados del normal alineamiento de la arcada”<sup>3</sup>.

Ganan<sup>4</sup> cita a Escobar y define al apiñamiento como: “La discrepancia entre la longitud del arco y el tamaño de los dientes es conocido como “apiñamiento”, este resultado negativo se traduce en la falta de espacio suficiente para la correcta alineación de todas las piezas dentales”<sup>4</sup>.

El apiñamiento es una de las mal posiciones dentales que se producen en la arcada dentaria, el cual puede producir el giro que sería la rotación, los movimientos de extrusión, intrusión, que son en plano vertical, y los movimientos dirigidos para el estimular el movimiento lingual; entonces, sumando los tres planos en el espacio se produce un desalineamiento de la arcada, que se puede corregir con ortodoncia y en algunos casos con la extracción.

### **¿Qué tipos de apiñamiento dental podemos distinguir?**

Existen distintos tipos de apiñamiento dental dependiendo del grado:

#### **Apiñamiento dental leve**

Que es cuando hay malas posiciones en la arcada dando pequeños giros.

#### **Apiñamiento dental moderado**

Generalmente hay 3 o 4 mm de falta de espacio, algunas veces puede llegar a 7 mm y se puede mejorar con el stripping.

#### **Apiñamiento dental severo**

En esta la discrepancia dental es muy grave, es decir que en esta hay 7 o 8 mm de apiñamiento en la arcada como cierre del espacio y en estos casos se plantean distintas opciones como el Stripping, en algunos casos se hacen extracciones para solventar la falta de espacio para dejar bien la oclusión y todo lo que es la estética y la funcional.

### **¿Qué consecuencias puede tener en nuestra salud bucodental el apiñamiento dental?**

No tratar el apiñamiento dental supone que los dientes están descolocados y; por lo tanto, es más difícil el poder cepillar los dientes, porque hay zonas recovecos donde se va a acumular la placa y también las cargas se parten de manera desigual en donde no existen oclusión. De este modo, el mejoramiento del apiñamiento va a mejorar la higiene, la oclusión y la estética. Asimismo, el apiñamiento también trae problemas de un impacto psicosocial en los pacientes.

### **¿Cómo se puede corregir el apiñamiento dental?**

Hay distintas formas de corregir el apiñamiento, dependiendo del plan de tratamiento, el diagnóstico que se realiza donde se ven los parámetros estéticos, la posición labial, ángulos dentarios, posición esquelética y en función de los objetivos que queremos conseguir; si queremos más función dentaria podemos hacer expansión para conseguir espacio; otra forma es hacer el Stripping que es un pequeño limado que es inocuo que nos proporciona la ganancia de espacio, lo elegimos en casos en donde no queremos que los dientes se posicionen más adelante, porque la posición es la correcta y también tenemos de extrañamiento secuencial los dientes lo llevamos hacia atrás para conseguir espacio en la arcada o la realización de extracciones en caso que el apiñamiento sea severo; cuando haya 8 mm de apiñamiento no podemos corregirlo sin hacer la extracción. También hay causas oclusales, funcionales, estéticas cuando se hace el análisis-diagnóstico pues existe incompetencia labial y no se puede cerrar los labios y es aquí cuando se realizan un tratamiento de extracciones.

### **Causas del Apiñamiento dental**

“Según Ganan quien cita a Quiroz es el resultado de condiciones que se dan durante la formación de los dientes”<sup>4</sup>

1. Causas predisponentes<sup>4</sup>.
2. Causas locales<sup>4</sup>.
3. Causas sistémicos<sup>4</sup>.

## **FACTORES PREDISPONENTES**

### Herencia

“Los genes parecen ejercer un fuerte control sobre las dimensiones de los maxilares que influyen directamente en la cantidad de espacio disponible para los dientes así una persona puede tener dientes muy grandes y maxilares pequeños, haciendo evidente el Apiñamiento Dental”<sup>5</sup>.

### Influencias prenatales

“Aquí tenemos causas maternas como la alimentación defectuosa, enfermedades graves durante el embarazo y traumatismos. También tenemos causas embrionarias como la posición defectuosa en el útero con presión localizada y desplazamiento tisular”<sup>5</sup>.

## **Factores locales (causas posnatales)**

### Grupo intrínseco Pérdida prematura de dientes temporales

“Este caso es muy común debido a la poca higiene bucal, lo cual ocasiona la aparición de caries en dientes deciduos provocando la pérdida de los mismos antes del recambio dentario natural o por traumatismos, esta pérdida prematura de dientes reduce el espacio para la erupción de las nuevas piezas dentales”<sup>5</sup>.

“Otros factores locales que predisponen a la mal oclusión son los dientes supernumerarios, las restauraciones dentales incorrectas y los traumatismos dentarios”<sup>5</sup>.

## **Factores sistémicos**

### Metabolismo defectuoso

“También influye la dieta de las personas para prevenir esta alteración, ya que las comidas blandas hacen que los músculos no se ejerciten lo suficiente y por

tanto los huesos tampoco, por esto es importante que los niños empiecen a masticar pronto, de este modo el desarrollo de los huesos será completo y los dientes podrán tener el espacio suficiente para su erupción, por otra parte la desnutrición, carencia de vitaminas y minerales balanceados en la alimentación del niño también afectan al desarrollo de la mal oclusión”<sup>5</sup>.

### **Morfología y anatomía del Incisivo Lateral superior permanente**

#### **Incisivo lateral superior**

Edad de erupción: entre 8 y 9 años.

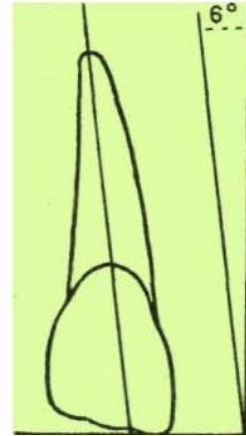
Formación de la raíz: se completa a los 11 años

#### Morfología

Tiene una morfología parecida a la del incisivo central, aunque de menor dimensión, su forma varía mucho en los diversos individuos, siendo el diente de menor constancia morfológica entre ambas arcadas, se caracteriza por su redondez, el ángulo meso incisivo, es un poco redondeado y disto incisivo netamente redondeado. Inclínada hacia lingual la raíz cónica con misma inclinación distal, es el segundo diente partiendo de la línea media; está colocado distalmente del incisivo central, al que es muy semejante en forma, al igual que los centrales su función es cortar los alimentos. La superficie mesial entra en contacto con la distal del central y la superficie distal con la mesial del canino superior, su borde incisal es muy parecido al del central pero la diferencia se presenta en el ángulo distal que es más redondeado, su contorno se hace más triangular con respecto al central, es uno de los dientes con más variaciones anatómicas, a diferencia del IC sus dimensiones son más reducidas, su posición le da importancia y determinación a lo referente en la

estética del rostro y la sonrisa; es frecuente su falta congénita ya sea el superior derecho o el izquierdo, aunque es más común que falten ambos”<sup>6</sup>.

- Empieza su calcificación a los 10 o 12 meses
- Termina la calcificación de la corona a los 4 o 5 años
- Termina la calcificación de la raíz a los 10 o 12 años<sup>6</sup>.



Vista del Incisivo Lateral Superior

### **Pasos para la exodoncia**

- Anamnesis o interrogatorio.
- examen físico
- Decisión de realizar la extracción dentaria.
- Aseptizar el campo operatorio.
- Anestesia tópica en la zona de la punción.
- Realizar técnica anestésica local indicada.
- Sindesmotomía.
- Exodoncia, propiamente dicha.
- Compresión de tablas óseas y colocación de torundas de gasa para orientar al paciente, morder antes de cerrar la boca.
- Indicaciones postextracción dental.

## **Procedimiento quirúrgico para extracción dentaria del Incisivo lateral superior**

### **Indicaciones:**

Anomalías de posición, erupción

### **Colocación del paciente y del operador**

“Las posiciones que adoptan el operador, su ayudante y el paciente tienen como fin conseguir una perfecta visualización del campo quirúrgico y una postura ergonómica de trabajo”<sup>7</sup>.

### **Exodoncia en el maxilar**

“El sillón dental lo colocaremos relativamente alto y la cabeza del paciente la llevaremos hacia atrás, reclinando el respaldo del sillón. El operador se situará en el lado derecho del paciente, pero no completamente de frente, sino ladeado”<sup>7</sup>.

### **Anestesia Tópica e infiltrativa**

#### **Instrumental necesario para realizar la anestesia local en Odontología**

- Espejo y explorador
- Jeringa tipo carpule
- Pinza de algodón
- Aguja corta
- cartuchos de anestesia dental.
- Torundas estériles.
- Sustancia antiséptica

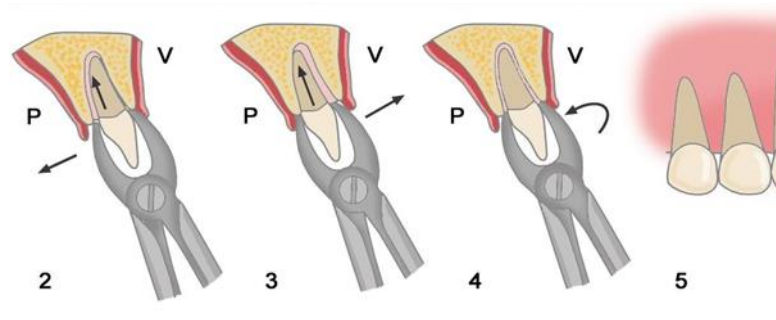
### **Colocación de la mano no operante**

“A nivel del maxilar, en el primer cuadrante, la mano no operante lateraliza ligeramente la cabeza del paciente hacia el lado izquierdo, de forma que el

pulgar se sitúa en vestibular del proceso alveolar y el dedo índice por la zona palatina”<sup>7</sup>.

### **Maniobras de exodoncia en el Incisivo lateral superior**

“Presenta una raíz fina y corta, con frecuencia el ápice está curvado hacia distal y la raíz se halla inclinada hacia palatino, realizaremos movimientos hacia palatino más amplios y luego hacia vestibular, los movimientos de rotación se harán con cuidado por las curvaturas de la raíz, traccionaremos, desplazando el diente hacia abajo y delante”<sup>7</sup>.



Fuente: Introducción a la exodoncia, Universidad de Valencia, Open course ware<sup>7</sup>.

### **Extracción de Incisivos**

Bravo<sup>8</sup> considera que “Es la terapia más apropiada para ciertos tipos de maloclusión que para otros por lo que realizar la selección adecuada es importante, casos de Clase I con anomalías en el número y tamaño de los dientes son ideales para esta terapia, sin embargo, antes de tomar la decisión de la extracción hay que tomar en cuenta los siguientes factores: discrepancia



de Bolton (menor o igual a 4,5 mm), tamaño de las coronas y la inclinación de los incisivos maxilares y mandibulares, la anchura de las raíces de los incisivos mandibulares, la cantidad de esmalte interproximal en las coronas de los incisivos superiores, la salud de los incisivos mandibulares, si existe ausencia congénita de dientes, si existe erupción ectópica de los incisivos, la presencia de clase III moderada, además en casos en los cuales el paciente presenta un perfil recto puede ser una buena opción, ya que resuelve el apiñamiento sin afectar el perfil, está contraindicada esta terapia en todos los casos con sobremordida severa y patrón de crecimiento horizontal, apiñamiento bimaxilar sin discrepancia de Bolton, en el aumento de overjet”<sup>8</sup>

#### **Antecedentes bibliografía**

**Cueva el 2018**, da a conocer su trabajo de investigación “Relación entre el apiñamiento dental anterior y el impacto psicosocial de la estética dental en los estudiantes de quinto año de nivel secundario de la Institución Educativa Modesto Basadre, Tacna–2017. 2018; estudio relacional y de corte transversal, formaron parte del estudio 82 estudiantes de 5º año de secundaria, para establecer el apiñamiento dental anterior, tomaron modelos de estudio y emplearon la clasificación de Harfin, en la evaluación del impacto psicosocial, utilizaron el cuestionario PIDAQ, como conclusiones más importantes afirman que: encontraron mayor frecuencia de apiñamiento anterior de grado leve con un 39,0%, seguido de moderado con un 35,4% y severo con un 25,6% ;en el maxilar superior hubo igualdad en la distribución de apiñamiento de grado leve, moderado y severo con un 33,3% cada uno”<sup>9</sup>.

**Chavarría el 2018**, presenta su tesis a la que denominó “Beneficios de las placas de expansión bilateral y extracción seriada en apiñamiento dental,

moderado, investigación cualicuantitativa, no experimental y documental, emplearon encuestas para obtener las opiniones de los profesionales especialistas en el campo de Ortodoncia de la Universidad Estatal de Guayaquil, como conclusiones afirman que: Las causas del apiñamiento dental pueden tener origen genético, congénito, por traumas, agentes físicos, hábitos, enfermedades bucales y sistémicas, desnutrición, desequilibrios esqueléticos y/o neuromusculares, el apiñamiento dental se constituye en una de las maloclusiones que más se presentan en la población que afectan la dinámica dentaria, en función y estética; El uso de las placas de expansión bilateral, así como la aplicación de la técnica de extracción seriada brindan resultados muy favorables como coadyuvante en el tratamiento del apiñamiento dental moderado, ya que con ambos procedimientos se disminuirá parcialmente el apiñamiento dental reduciendo la gravedad del problema para el posterior tratamiento con aparatología fija”<sup>10</sup>.

**Arpita el 2019;** da a conocer su investigación denominada “Relación entre el apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima en adolescentes de 12 a 17 años de la institución educativa modelo san Antonio Moquegua 2018; investigación observacional, el apiñamiento dentario lo determinaron con, el análisis de la discrepancia dentaria entre la longitud del arco y el ancho de los dientes del maxilar en el sector antero superior, a su vez midieron la autoestima con la escala de Rosenberg, como conclusiones afirman que, existe relación entre el apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima en adolescentes de 12 a 17 años, el grado de apiñamiento dentario severo según el género se presentó con mayor predominio en el género femenino con

35.29% seguido en menor grado en el género masculino con un porcentaje de 18.18%.”<sup>11</sup>.

**Gutierrez et al el 2019**, dan a conocer un artículo titulado “Frecuencia de dientes con erupción ectópica de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit, afirman que la erupción ectópica es cuando se presenta irregularidades, en la dirección de la erupción y en su posición final, si la erupción del diente se da en una posición adyacente se clasifica como transposición dental y cuando ocurre una migración a través de la línea media hacia el lado opuesto al que debe erupcionar se le llama transposición , hay otra variable de erupción ectópica es la migración esta ocurre cuando el diente presenta una erupción ectópica distante a su zona de erupción dentro del hueso alveolar, estudio del tipo descriptiva, transversal y no experimental, la muestra fue de 520 modelos, como conclusiones sostienen que hallaron un porcentaje de 29.42% de pacientes con algún diente en erupción ectópica, los dientes que presentaron mayor porcentaje de erupción ectópica fueron los caninos superiores con un 13% en el lado derecho y 10% del lado izquierdo”<sup>12</sup>.

**Apolo** presenta el 2020 su trabajo de investigación a la que llaman “Espacio libre y su relación con el apiñamiento en dentición mixta, afirma que, los pacientes con falta de espaciamento entre los dientes deciduos son propensos a tener problemas de maloclusión y posteriormente apiñamiento dental al erupcionar sus dientes permanentes, ya que los dientes definitivos son de un tamaño mayor y necesitan más espacio, obtuvieron información a través de artículos científicos revistas ,en una investigación cualitativa bibliográfica y dan como conclusiones que existe una relación del espacio libre con el

apiñamiento en la dentición mixta, asimismo sostienen que la existencia de espacios libres debe ser analizada de manera temprana por parte de los especialistas en odontología, el análisis temprano puede indicar que existe el espacio adecuado en el arco para las piezas dentales permanentes”<sup>13</sup>.

**Torres, et al el 2020**, presentan su investigación en un artículo científico a la que llaman “Tratamiento de una maloclusión de clase I con apiñamiento severo con exodoncias asimétricas, caso de una paciente femenina de 11 años de edad, se le realizó un tratamiento de maloclusión clase I con apiñamiento severo con extracciones asimétricas, caso seleccionado por varios factores, entre ellos la complejidad, como conclusiones afirman que la elección de realizar extracciones requiere un análisis cuidadoso, es por ello que la indicación entre la primera y segunda premolar es diferente y varía según el tipo de maloclusión”<sup>14</sup>.

**Albarracin et al el 2020**, dan a conocer su investigación “Extracción de diente ectópico en comunicación con piso de cavidad nasal: reporte de caso; es una ocurrencia poco evidenciada, la erupción ectópica se puede considerar como una anomalía, es asintomática ,y se debe descartar procesos patológicos, como quistes, reabsorción ósea o infección, entre otros, reportan el caso clínico de una mujer de 45 años de edad, con síntomas de dolor en el paladar y antecedentes de epistaxis, realizado los exámenes hay lesión en el paladar y hay presencia de un diente ectópico, por lo que intervienen y extraen este diente, afirman que es muy importante el correcto diagnóstico de anomalías dentales, para poder brindar un tratamiento adecuado y oportuno, como conclusiones enfáticamente dicen que: la etiología de los dientes ectópicos es multifactorial y en algunos casos permanece desconocida, los dientes que

presentan mayor alteración en su línea eruptiva son los caninos superiores, los cuales terminan también impactados, es importante, observar un retraso en su patrón de erupción, erupción asimétrica o ausencia de piezas dentales para ofrecer un plan de tratamiento oportuno y evitar alteraciones futuras”<sup>15</sup>.

## **DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

### **Historia Clínica:**

#### **Datos de Filiación:**

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** Naomi Quispe Asto
- ▶ **EDAD:** 13AÑOS.
- ▶ **SEXO:** FEMENINO
- ▶ **DOMICILIO:** Av. Arterial N°345
- ▶ **TELEFONO:** 064-261488
- ▶ **OCUPACION:** ESTUDIANTE
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 02/02/2008
- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** Chilca -Huancayo
- ▶ **Anamnesis:**
- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “Mis dientes están como chuecos y uno está metido”
- ▶ **ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente refiere no tener molestia en la zona del diente 2,2.
- ▶ **C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere.
- ▶ **ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):** presenta habito de succión digital .
- ▶ **PATOLÓGICOS:** No refiere.



**OCLUSION:** R.M.D = CLASE I R.M.I = CLASE I

R.C.D = CLASE I R.C.I = CLASE I.

**SISTEMA DENTARIO:** 28 piezas dentarias.

**Diagnóstico y pronóstico**

**Diagnóstico Presuntivo:**

**Apiñamiento dentario anterosuperior con Diente ectópico 2,2**

- **Exámenes de Ayuda Diagnostica:** Radiografía panorámica
- **Estudio Imagenológico:** cóndilos simétricos, piso de orbita lado izquierdo y derecho al nivel correspondiente a normalidad, no presenta desviación de tabique, diente en posición ectópica 2,2.
- **Interconsultas:** si REQUIERE con el ortodoncista
- **Consentimiento Informado:**
- Nombres apellidos DNI N°:

**Diagnóstico Definitivo:**

Apiñamiento dentario severo anterior superior con Diente en posición ectópica 2,2

**Pronóstico:**

Favorable.

### **III. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL**

**Piel:** Con buena humectación

**Tejido subcutáneo:** Buena distribución

**SOMA:** No refiere

**RASA:** No se evidencia ningún tipo de trastorno.

**EXAMEN REGIONAL**

**EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL ELEMENTAL:**

**-CABEZA:** Normocefalo

**-OJOS:** S.A.E.

**-OIDOS:** S.A.E.

**-NARIZ:** Permeables

**-CARA:** Normo Facial

**-ATM:** manifiesta no sentir fastidio a la apertura

**-GANGLIOS:** S.A.E.

**1.-Fotografías 1,2 y 3 perfil derecho de frente e izquierdo**



**Fuente: Propia de la investigación**

**Autor: -----**

**2.-Fotografías orales 4,5 y 6. Lado derecho e izquierdo y frontal**



**Fuente: Propia de la investigación**

**Autor: -----**



**3.-Fotografía 7.-Región anatómica comprometida – zona problema:  
Región del Incisivo Central Superior Izquierdo  
Inspección: pieza 2,2 en posición ectópica**

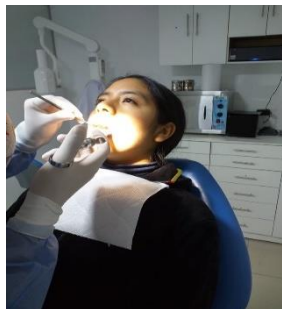


**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.  
PASOS: SE REALIZÓ LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA**



Fuente: Propia de la investigación  
Autor: -----

**a) ANESTESIA  
Anestesia infiltrativa.**



**Fuente: Propia de la investigación**

**Autor: -----**

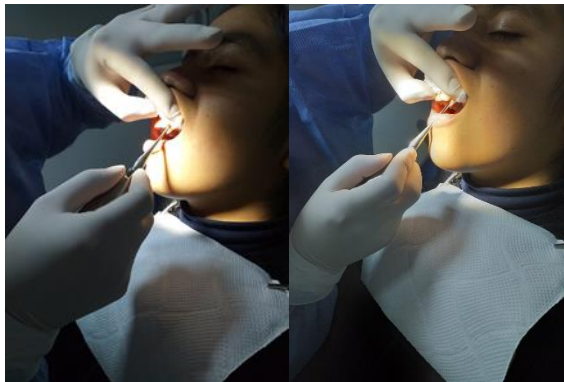
**b) SINDEMOSTOMIA**



**Fuente: Propia de la investigación**

**Autor: -----**

**C) Extracción propiamente dicha**



**Fuente: Propia de la investigación**

**Autor: -----**

**MEDICACION POST QUIRURGICA**

Tramadol + paracetamol en una dosis de 37.5 mg/325mg-/oral cada 12 horas por 3 días.

## G) Colocación de los brackets



**Fuente: Propia de la investigación**

**Autor: -----**

## IV. DISCUSIÓN

Para Olmos “El apiñamiento complejo es el causado por un desequilibrio esquelético, funcionamiento anormal de labios y lengua, y una discrepancia óseo-dentaria”<sup>1</sup>; Cueva considera que “El apiñamiento dental puede convertir a ciertas personas en tímidas, retraídas y temerosas, son capaces de producir malestar social, crear complejos de inferioridad y actitudes negativas que alteren su desempeño ante la vida”<sup>9</sup>; dado el caso de nuestra paciente de sexo femenino estas apreciaciones condicen con plenamente, siendo su caso un apiñamiento severo; precisando un tratamiento, para tal fin, la evidencia científica pone de manifiesto, que un correcto diagnóstico y adecuado plan de tratamiento son muy importantes para la decisión de extraer, no solo influirá la falta de espacio, intervienen otros factores o parámetros, no solo se extraen premolares sino también se consideran a los incisivos y molares en tratamientos de ortodoncia, esto con la finalidad de tener

éxito en el tratamiento, al respecto Bravo<sup>8</sup> afirma que “Hay situaciones clínicas en las que el ortodoncista debe hacer extracciones, tal es el caso de apiñamiento Severo en el cual el espacio dejado por las extracciones será usado para la nivelación dental, por lo tanto se realizará en las primeras etapas de tratamiento”<sup>8</sup>, esta aseveración fundamentada en revisión de literatura odontológica, nos permite realizar la exodoncia del incisivo lateral superior ectópico, diente 2,2, luego de un análisis y diagnóstico prolijo, Bravo et al son categóricos en cuanto sostienen que la “Extracción de Incisivos, es la terapia más apropiada para ciertos tipos de mal oclusión que para otros por lo que realizar la selección adecuada es importante, casos de Clase I con anomalías en el número y tamaño de los dientes son ideales para esta terapia, sin embargo, antes de tomar la decisión de la extracción hay que tomar en cuenta los siguientes factores: discrepancia de Bolton (menor o igual a 4,5 mm), tamaño de las coronas y la inclinación de los incisivos maxilares y mandibulares, la anchura de las raíces de los incisivos mandibulares, la cantidad de esmalte interproximal en las coronas de los incisivos superiores, la salud de los incisivos mandibulares, si existe ausencia congénita de dientes, si existe erupción ectópica de los incisivos, la presencia de clase III moderada, además en casos en los cuales el paciente presenta un perfil recto puede ser una buena opción, ya que resuelve el apiñamiento sin afectar el perfil, está contraindicada esta terapia en todos los casos con sobremordida severa y patrón de crecimiento horizontal, apiñamiento bimaxilar sin discrepancia de Bolton, en el aumento de overjet”<sup>8</sup>.

## **V. CONCLUSIONES**

- El apiñamiento dental anterior superior conlleva a un impacto psicosocial de la estética dental en los pacientes.
- La extracción atípica de un incisivo lateral superior en posición ectópica no es un protocolo de rutina en ortodoncia, pero al darse el caso de dientes con apiñamiento severo esta es una alternativa a considerar, el espacio dejado será usado para la nivelación dental.
- Existen pocos estudios en referencia al apiñamiento con exodoncia de uno de los incisivos laterales.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- El mejor modo de corregir el apiñamiento es realizar un diagnóstico preciso y tratarlo, inclusive antes de que este se produzca.
- Se debe informar a la población sobre la importancia de un diagnóstico temprano del apiñamiento dentario y sus efectos posteriores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olmos, J. Apiñamiento incisivo. *Gaceta dental*, 2012, vol. 241, p. 129.
2. Balseca, M. Estudio de la prevalencia de apiñamiento dentario anterior en la dentición permanente de adolescentes comprendidos entre 15-18 años de edad en el Colegio Nacional Ligdano Chávez de la Ciudad de Quito en el año 2011. 2011.
3. Lao, W; Araya, H; Mena, D. Prevalencia de apiñamiento dental en la población costarricense que consulta los servicios de odontología de la CCSS, 2017. *Odontología Vital*, 2019, no 30, p. 39-44.
4. Ganán, A. Estudio de la prevalencia de apiñamiento dentario en niños de 6 a 12 años de edad del Instituto Tecnológico Superior Consejo Provincial de Pichincha período 2015. 2016. Tesis de Licenciatura. Quito: UCE.
5. Balseca, M. Estudio de la prevalencia de apiñamiento dentario anterior en la dentición permanente de adolescentes comprendidos entre 15-18 años de edad en el Colegio Nacional Ligdano Chávez de la Ciudad de Quito en el año 2011. 2011.
6. Hidalgo, L. Estudio descriptivo de la prevalencia de mal oclusiones en los estudiantes de tercer año de Bachillerato de la unidad educativa Andino, Parroquia Chaupicruz del Distrito Metropolitano de Quito. 2012.
7. Introducción a la exodoncia, Universidad de Valencia, Open course ware.
8. Bravo, M.; et al, Tratamiento Ortodóntico con extracciones. Una revisión de la Literatura. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 2015.
9. Cueva, P. Relación entre el apiñamiento dental anterior y el impacto psicosocial de la estética dental en los estudiantes de quinto año de nivel secundario de la Institución Educativa Modesto Basadre, Tacna–2017. 2018.

10. Chavarría, J. Beneficios de las placas de expansión bilateral y extracción seriada en apiñamiento dental moderado. 2018. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.
11. Arpita, J. Relación entre el apiñamiento dentario anterosuperior y la autoestima en adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Modelo San Antonio Moquegua 2018. 2019.
12. Gutiérrez, J, et al. Frecuencia de dientes con erupción ectópica de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit. Revista Tamé, 2020, vol. 7, no 23, p. 905-907.
13. Apolo, M. Espacio libre y su relación con el apiñamiento en dentición mixta. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología. 2020.
14. Torres, et al. Tratamiento de una mal oclusión de clase I con apiñamiento severo con exodoncias asimétricas. Revista KIRU, 2020, vol. 17, no 2.
15. Albarracín, A, Muñoz, L, Albarracín, G. Extracción de diente ectópico en comunicación con piso de cavidad nasal: reporte de caso. Ustasalud, 2020, vol. 19, p. 35-41.
16. El sitio web <http://www.cop.org.pe/consentimiento-informado>. ofrece tenor de consentimiento informado en tratamientos de odontología, página según apareció el 1 Jun. 2021 17:35:18 GMT



ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO<sup>16</sup>



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXODONCIA DE INCISIVO LATERAL SUPERIOR ECTÓPICO<sup>15</sup>

Yo..... (Como Apoderado), con DNI No. ...., mayor de edad, y con domicilio en.....

..... DECLARO Que el Odontólogo/Estomatólogo..... Me ha

explicado que es conveniente en la situación de mi menor hija ----- de --- años de edad; proceder a la extracción de un Incisivo Lateral Superior en posición ectópica (No está alineado en la arcada), con la finalidad de colocársele brackets en un tratamiento de ortodoncia, Así mismo me han informado que:

- 1.- El propósito principal de la intervención es evitar que haya acumulo de placa dental y posterior caries, dada la posición ectópica severa, asimismo servirá para el tratamiento de ortodoncia
- 2.- Me ha explicado que el tratamiento que recibirá mi menor hija, implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendrá la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que

normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente. Comprendo que los antecedentes personales de mi menor hija incluso el mío propio, no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente. 3.- La intervención consiste en la realización de una incisión en la mucosa, posterior despegamiento y eliminación del hueso que cubre el canino, para que de esta manera se pueda, con instrumental apropiado, eliminarlo

4.- Aunque se le han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que el estado del diente que se le va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alveolo de una sustancia coagulante; también sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona laceraciones en la mucosa de la mejilla, en el labio o en la lengua, o inserción de la raíz en el seno maxilar, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas para continuar con la extracción. Menos grave resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, que suelen poder controlarse farmacológicamente, pero que pueden precisar tratamiento quirúrgico posterior. 5.- El Dentista me ha explicado que todo acto

quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo 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 ha 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 CONSENTIMIENDO, para que se practique el tratamiento de Exodoncia (Extracción) del Incisivo Lateral Izquierdo ectópico en mi menor hija<sup>16</sup>.Asimismo doy autorización para el uso de fotografías solo con fines académicos ,lo cual se me ha explicado satisfactoriamente.

En Huancayo a.....de.....de.....

El Paciente o Representante Legal

El Odontólogo / Estomatólogo supervisor

COP

.....

.....

## **Anexo 2**

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Yo -----, con DNI N° , domicilio legal en ....., bachiller egresado de la Universidad Peruana Los Andes, de Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela profesional de odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas o de carácter penal que diese a lugar, si en la elaboración de mi investigación titulada: : “CORRECCIÓN DEL APIÑAMIENTO, CON EXTRACCIÓN DEL INCISIVO LATERAL SUPERIOR”, se haya consignado datos falseados, plagio, auto plagio, etc. por lo que declaro que dicho trabajo de investigación es de mi autoría, con datos auténticos, reales con respeto a normas de carácter internacional referentes a las citas sobre fuentes consultadas.

Huancayo, Junio del 2021