

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**UPLA**  
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**INTERVENCION QUIRURGICA EN INCISIVO SUPERIOR  
RETENIDO EN EL MAXILAR SUPERIOR**

Para Optar : EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA  
Autor : BACH. ESCOBAR CHUQUILLANQUI HELEN LEABITH  
Asesor : MG. MENDOZA GARCIA MIGUEL ANGEL  
Líneas de Investigación : Salud y Gestión de la salud  
Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú

2022

#### DEDICATORIA

Este presente trabajo, lo dedico a Dios por permitirnos compartir cada segundo de vida. Por ser el impulso y la ayuda que todo ser necesita para cumplir con todos nuestros sueños y metas.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa. A mis padres por apoyarme en esta etapa de mi educación profesional.

*Helen Leabith Escobar Chuquillanqui*

# CONSTANCIA

## DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

### INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN INCISIVO SUPERIOR RETENIDO EN EL MAXILAR SUPERIOR

Cuyo autor (es) : ESCOBAR CHUQUILLANQUI HELEN LEABITH  
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional : ODONTOLOGÍA  
Asesor (a) : MG. MENDOZA GARCIA MIGUEL ANGEL

Que fue presentado con fecha: 20/04/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 21/04/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 8%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 21 de abril de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
Facultad de Ciencias de la Salud

Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 172 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo  
EAG/vjchp

## CONTENIDO

	Págs.
I. Título .....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Contenido .....	iv
Contenido de Figuras.....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
II. INTRODUCCIÓN .....	viii
2.1 Descripción del problema .....	1
2.2 Marco Teórico.....	2
2.2.1 Antecedentes .....	2
2.2.2 Bases teóricas .....	6
2.3 Objetivos .....	10
III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO .....	11
3.1 Historia Clínica .....	11
3.2 Examen clínico general.....	12
3.3 Diagnostico.....	13
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL .....	14
4.1 Formulación del Plan de tratamiento general.....	14
4.2 Pronostico.....	14
4.3 Plan de control y mantenimiento.....	20
V. APORTES .....	21
VI. CONCLUSIONES.....	22
VII. RECOMENDACIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	24
ANEXOS.....	27

## CONTENIDO DE FIGURAS

	Paginas
Figura 1.fotografía de la región anatómica comprometida .....	12
Figura2. Fotografía de radiografía panorámica .....	13
Figura 3 .Fotografía de la Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) .....	14
Figura 4. Fotografía del paciente-operador .....	15
Figura 5.Fotografía de modelos .....	15
Figura 6. Fotografías de asepsia y antisepsia .....	16
Figura 7.Fotografía de anestesia infiltrativa al nervio dentario derecho e izquierdo cerrando el circuito por el nervio naso palatino.....	16
Figura 8. Fotografía del abordaje por vestibular y zona palatina .....	17
Figura 9.Levantamiento del colgajo.....	17
Figura 10. Osteotomía por vestibular,con ayuda freza redonda de tallo largo se realiza la osteotomía.....	18
Figura 11.Fotografía de la ostectomía con constante irrigación.....	18
Figura 12.Fotografía de liberación de la pieza dentaria 11.....	19
Figura 13. Fotografía del Incisivo central superior derecho 11; luxación y extracción..	19
Figura 14. Fotografía de limpieza y sutura:- el lavado se realiza con suero fisiológico..	20
Figura 15.Fotografía de ferula de protección.....	20

## RESUMEN

Los Incisivos centrales superiores, retenidos tienen gran repercusión estética y funcional por que intervienen en la forma de los labios además de la fonación.

Presentación del caso: El presente informe de caso clínico describe la cirugía de un incisivo central maxilar retenido; tiene por objetivo realizar intervención quirúrgica del incisivo central superior derecho , la pieza 11 retenida, en una paciente de 14 años de edad, con ausencia clínica de dicho diente, para la cual, se realizó, una evaluación clínico estomatológico integral, se procedió a tomar radiografías panorámicas y Tomografía axial computarizada (TAC), asimismo exámenes de laboratorio; con un diagnóstico certero, de ubicación del Incisivo central retenido.

Conclusiones: Se realizó la extracción de la pieza dentaria 11 retenida, estableciendo los tiempos operatorios correspondientes a la cirugía de dientes incluidos o retenidos; El diagnóstico debe ser riguroso, porque permite el éxito en la extracción de un diente retenido, siendo útil conocer la ubicación y dirección de la pieza dentaria antes del acto quirúrgico. La extracción de un incisivo central superior retenido, no es usual, pero tratándose de dientes mal posicionados y no es posible traccionarlos este es un procedimiento válido.

**Palabras clave:** Cirugía, Incisivo central retenido

## **ABSTRACT**

The upper central incisors, retained, have great aesthetic and functional repercussion because they intervene in the shape of the lips in addition to the phonation.

Presentation of the case: This clinical case report describes the surgery of a retained maxillary central incisor; it aims to perform surgery on the right upper central incisor , the retained part 11, in a 14-year-old patient with clinical absence of said tooth, for which, a comprehensive clinical stomatological evaluation was performed, X-ray was taken panoramic tests and computed tomography (CT), as well as laboratory tests; with an accurate diagnosis of the location of the central incisor retained.

Conclusions: Removal of retained teeth 11 was performed, establishing the operating times corresponding to the surgery of included or retained teeth; the diagnosis must be rigorous, because it allows the successful extraction of a retained tooth, being useful to know the location and direction of the tooth before the surgical procedure. Removal of a retained upper central incisor is not usual, but for teeth that are poorly positioned and cannot be pulled, this is a valid procedure.

**Keywords:** Surgery, Central Incisor retained



## **II.-INTRODUCCIÓN**

Los dientes retenidos, son aquellos que permanecen en el interior del hueso maxilar sin haber erupcionado en su momento correspondiente. Badia A et al<sup>1</sup> afirman que La frecuencia de la retención de incisivos centrales superiores es del 4 %, que es relativamente muy baja en comparación con la frecuencia del tercer molar (35 %) y de los caninos (34 %)<sup>1</sup>. Los dientes pueden quedar impactados por distintas causas entre estos factores están las discrepancias en el tamaño de los maxilares y los dientes, patrones de erupción alterados, asimismo pérdida prematura de los dientes deciduos, en algunos casos traumas dentales como antecedente, asimismo causas genéticas, se consideran también procesos febriles prolongados alteraciones de vitamina D, alteraciones endocrinas, se diagnostica la impactación de dientes por medio del examen clínico palpación e inspección y estudio radiográfico, teniendo en cuenta para los incisivos centrales su atraso en la erupción y si está retenido en forma prolongada cualquiera de ellos<sup>1</sup>

## **2.1 Descripción del problema**

Las retenciones de las piezas dentarias, son preocupación constante de la odontología clínica y se presenta en la consulta diaria; debido a su alta reiteración, además provocan patologías como el desarrollo de los quistes, reabsorción de raíces en los dientes adyacentes, lesiones intraóseas siendo un problema para la oclusión correcta y la estética en etapas de dentición permanente, con mucha mayor razón en casos de dientes incisivos centrales, por la repercusión estética y funcional por que intervienen en la forma de los labios además de la fonación.

Los dientes retenidos pueden traer complicaciones de orden general, como los tumores, la caries dental, enfermedad de la pulpa dental, pericoronaritis o funcional como el apiñamiento de los dientes, lesiones en dientes vecinos.

Se debe realizar un correcto diagnóstico, se dan casos en que se elige un tratamiento conservador; en que se elimina el factor de retención inclusive al diente retenido, en otros casos se efectúa la exposición quirúrgica para traccionar ortodónticamente.

## **2.2. Diagnóstico de la salud general**

Los síntomas que nos deben hacer sospechar sobre la presencia de dientes retenidos son: mal aliento y sabor en la boca, cefaleas, inflamación y dolor de encías, dolor en el cuello o mandíbula, ausencia de dientes, para resolver el caso nos valemos de radiografías y tomografía axial computarizada.

La retención puede ocurrir cuando un diente de leche se cae antes de que salga un diente nuevo, lo que permite que el diente restante se desvíe y ocupe el espacio reservado para el diente nuevo. Sin embargo, la mayoría de los dientes afectados son las muelas del juicio porque son los últimos molares permanentes en salir y no hay suficiente espacio en la mandíbula para acomodarlos. La retención suele ocurrir en los caninos superiores, siendo su incidencia menor en Incisivos centrales superiores. Las piezas dentarias retenidas son susceptibles de infección y no asisten no apoyan para masticar, por lo que generalmente se

eliminan. Algunas extracciones de dientes se pueden realizar en el consultorio del dentista mientras el paciente está despierto y se le administra un anestésico local o un sedante para calmarlo. Inclusive se realiza en un hospital, en casos de complejidad sometiéndolo a la anestesia general.

## **2.2 Marco Teórico**

### **2.2.1 Antecedentes**

#### **2.2.1.1 Antecedentes Internacionales**

**Rodríguez A.Toledo et al .<sup>3</sup>** en su estudio realizado en VillaClara Cuba,el año 2021; al que denominaron. Retención dentaria del incisivo central superior derecho por odontoma compuesto; el odontoma se encuentra entre los tres tumores ontogénicos más frecuentes asintomáticos, diagnosticándose de forma casual mediante radiografías de rutina cuyo objetivo: presentar un caso clínico de un odontoma compuesto asociado a un diente retenido. Presentación del caso:paciente masculino de 9 años, con persistencia del incisivo central temporal superior derecho, a través de la radiografía oclusal se obtuvo como diagnostico presuntivo el de odontoma compuesto, localizado en la región anterosuperior asociado a la retención del incisivo central superior derecho. Se trató mediante la exéresis quirúrgica del tumor y enlace del incisivo central derecho retenido por medios epidentarios con brackets.Se realizó un análisis histopatológico el cual confirmó el diagnóstico. El canino superior derecho brotó ectópico debido a, el acortamiento del arco producido por la retención dentaria, siendo esto una secuela del odontoma. Conclusión: el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los tumores externos permiten lograr su reparación exitosa, la prevención de complicaciones y el tratamiento a largo plazo de los dientes”<sup>3</sup>.

**Díaz E.<sup>2</sup>**, en un estudio realizado en el año 2018 en la Universidad de Sevilla, España titulado Incisivo central retenido horizontalmente. El manejo clínico está dirigido; La retención excesiva de incisivos provoca una brecha amplia afectando la estética facial. Se presenta un

caso clínico por parte de una paciente de 13 años, quien presentaba impactación del incisivo central superior izquierdo en posición anormal con retención intraósea, se presentó el tratamiento para restaurar su posición normal y se realizó una revisión de la literatura, las principales conclusiones fueron las siguientes: La frecuencia de retención de incisivos centrales maxilares varía entre 0,06% y 2%, provocando una condición que afecta la estética facial, las revisiones indican la estabilidad dentaria y periodontal del diente conservado. Para conseguir una atención óptima a estos pacientes es fundamental la implicación de un equipo multidisciplinar.

**Tan C., Ekambaram, et al .<sup>4</sup>**; trabajo desarrollado en Hong Kong, el año 2018, titulado

Prevalence, characteristic features, and complications associated with the occurrence of unerupted permanent incisors (Prevalencia, rasgos característicos y complicaciones asociadas con la ocurrencia de incisivos permanentes no erupcionados);Examinaron la prevalencia, los rasgos característicos y las complicaciones asociadas con la aparición de incisivos permanentes no erupcionados entre niños y adolescentes que asistieron a un hospital universitario de enseñanza dental, estudio retrospectivo, un total de 266 sujetos con 320 incisivos permanentes no erupcionados fueron identificados; como conclusiones afirman que: La prevalencia de incisivos permanentes no erupcionados fue del 2,0%,las etiologías más comunes de incisivos no erupcionados fueron dilaceraciones de la región central maxilar y la mayoría de los incisivos no erupcionados presentaron complicaciones, que pueden tener un efecto en la dentición restante (es decir, pérdida de espacio y desplazamiento de la línea media), así como en la dentición impactada el propio incisivo y / o sus estructuras / dientes adyacentes .

#### **2.2.1.1 Antecedentes Nacionales**

**Diaz S<sup>5</sup>**. en su trabajo de suficiencia profesional desarrollado en Huancayo el año 2020; al que llamo .Canino retenido en el maxilar superior, su objetivo fue Realizar la extracción de la pieza

dentaria 23, retenida por palatino y exéresis del quiste dentigero,asimismo rehabilitar el sistema estomatognático del paciente a través de una oclusión terapéutica empleando implantes dentarios y la restauración de la estética del paciente, como conclusiones principales sostiene que : Cuando tratamos caninos incluidos, es primordial un apropiado diagnóstico para el éxito del tratamiento<sup>5</sup>.

**Martínez A.** <sup>6</sup> en su trabajo de suficiencia profesional, desarrollada en Huancayo, el año 2020, denominada .Tratamiento ortodóntico-quirúrgico de un incisivo central impactado los objetivos fueron: Llevar el incisivo superior izquierdo impactado a la arcada dental mediante procedimientos quirúrgicos y ortodonticos. Retirar quirúrgicamente el mesioden próximo al ala pieza retenida, El presente caso clínico manejó el método ortodóntico - quirúrgico, exposición quirúrgica y tracción ortodóntica del órgano dentario donde también se encontró un mesiodens que impedía la erupción del incisivo central superior definitivo como conclusiones principales considera que: Los dientes retenidos son un problema importante para la población, por lo que es importante realizar un examen detallado para poder obtener un diagnóstico certero, que le permita al odontólogo realizar un tratamiento que le devuelva la función y la estética de manera efectiva y esté en tiempo, en el caso tratado se pudo tratar los dientes retenidos y evitar la ocurrencia de reabsorción de los dientes vecinos o adyacentes.

### **2.2.2 Bases teóricas**

#### **A) Retención de dientes**

La retención dentaria que es el fallo en la exfoliación en el momento indicado, con el consiguiente fallo en la erupción del sucedáneo, debe ser diagnosticada de manera temprana y así tratarla de manera precoz para prevenir secuelas<sup>7</sup>.

Se debe tomar en cuenta que inclusión, impactación y retención no son sinónimos; por lo tanto el diente incluido es aquel que permanece en el hueso y la inclusión engloba las retenciones e impactaciones dentales<sup>8</sup>.

Un diente incluido es aquel que permanece dentro del hueso y por tanto el término inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de impactación ósea, dentro de la inclusión, podemos distinguir entre la inclusión ectópica, cuando el diente incluido está en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual y la inclusión heterotópica, cuando el diente se encuentra en una posición anómala más alejada de su localización habitual<sup>8</sup>.

Se considera que un diente está retenido cuando no ha ocupado su lugar en la arcada pasada la edad del brote<sup>9</sup>.

#### B) Etiopatogenia.

##### Causas locales de retención

Irregularidades en la posición y presión de un diente adyacente. - Densidad del hueso que lo cubre - Inflamaciones crónicas continuadas, con membrana mucosa muy densa. - Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.- Indebida retención de los dientes primarios.- Pérdida prematura de la dentición primaria.- Enfermedades adquiridas.- Cambios inflamatorios en el hueso<sup>9</sup>.

##### Causas Sistémicas de Retención.

##### Causas postnatales:

Raquitismo.- Anemia.- Sífilis congénita.- Tuberculosis.- Desnutrición<sup>9</sup>.

##### Condiciones raras:

1. Disostosis cleidocraneal.2. Oxicefalia.3. Progeria.4. Acondroplasia.5. Paladar fisurado<sup>9</sup>.

### C) Exodoncia del diente retenido

En el caso de la extracción, se la recomienda como tratamiento de un diente retenido cuando no se puede realizar un tratamiento de ortodoncia, o cuando existan enfermedades asociadas a la retención dental. La extracción quirúrgica, es un procedimiento complejo en el que se busca sacar el diente retenido de su lugar por fuera de la arcada dental. Este procedimiento, implica diversas intervenciones en la boca del paciente<sup>10</sup>.

### D) Pasos a seguir al realizar exodoncia de dientes retenidos:

- Anestesia por infiltración
- Efectuar el corte en zona de ubicación del diente retenido, colgajo
- Osteteotomía-ostectomía
- Extracción propiamente dicha
- Reposicionar colgajo
- Efectuar sutura

#### 1. Anestesia

La anestesia por infiltración, es la que se coloca por lo general en cualquier tratamiento odontológico. Se trata de una inyección de líquido anestésico en los tejidos blandos de la boca, en la zona donde se va a realizar la intervención quirúrgica. Es un procedimiento seguro y no presenta riesgos o contraindicaciones mayores, y garantiza el adormecimiento de la zona durante toda la intervención<sup>10</sup>.

#### 2. Corte en la zona del diente retenido

Una vez anestesiada la zona, se realiza un corte en los tejidos blandos, con un bisturí, para poder dejar al descubierto la pieza dental que se encuentra retenida. Por lo general, el especialista encuentra rápidamente el lugar exacto, debido a las radiografías que realizó previamente, y a que el diente retenido debajo del tejido blando, provoca una inflamación o aumento de volumen<sup>10</sup>.

### 3. Osteotomía

La osteotomía es el siguiente paso en el tratamiento de un diente retenido. Esta intervención, consiste en realizar cortes en el hueso, de manera que el especialista pueda realizar cambios en su posición. Esto se realiza para terminar de descubrir y liberar el diente retenido<sup>10</sup>.

4. Extracción propiamente dicha Una vez descubierto el diente retenido, se realiza la extracción propiamente dicha, mediante *forceps*. Los forceps son instrumentos del odontólogo, similares a una tenaza que sirven para agarrar la pieza dental con seguridad, mediante un movimiento de palanca. La finalidad de la extracción, es quitar la pieza dental de su alveolo<sup>10</sup>.

### 5. Reposicionamiento del colgajo

Cuando el diente retenido se extrae, se debe quitar el colgajo de tejidos blandos (encías o paladar) que se formó para cubrir esa pieza dental. El odontólogo, ubica el colgajo de tal manera que quede imperceptible, y no genere molestias al paciente<sup>10</sup>.

### 6. Sutura

Una vez realizadas todas las intervenciones anteriores, se procede a suturar. Se cosen los tejidos cortados para que cicatricen. Por lo general, la extracción no presenta riesgos mayores, salvo algunos síntomas como dolores o sangrado luego del procedimiento<sup>10</sup>.



## **2.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar los beneficios de la exodoncia de la pieza dentaria 11 retenida y restaurar la función masticatoria y alivio del paciente

## IV.- CONTENIDO

### 4. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

#### 4.1. Historia clínica

##### ANAMNESIS

Datos de Filiación:

NOMBRE Y APELLIDO: T.V.P

EDAD: 14 años SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: Soltera

DOMICILIO: calle Tahuantinsuyo 467 Sapallanga

OCUPACIÓN: Estudiante

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 24 de junio del 2008

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

##### • MOTIVO DE CONSULTA:

“Quiero que me extraigan mi diente que se me quedó”

TIEMPO DE ENFERMEDAD: -

• INICIO: No refiere

• CURSO: No refiere

• SIGNOS Y SINTOMAS: Asintomático, Se observa ausencia de la pieza dentaria 11

• ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL  
DE LA ENFERMEDAD)

• PACIENTE NO REFIERE HABER TENIDO SINTOMATOLOGÍA.

• FUNCIONES BIOLÓGICAS

• SUEÑO: Normal SED: Normal APETITO: Normal

• ORINA: Normal DEPOSICIONES: Normales PESO: 48

## ANTECEDENTES

### A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

Mama: No refiere

Papa: No refiere

Abuela materna: hipertensa controlada

Abuelo paterno: operado de próstata

Hermano: no refiere

### B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):

Refiere no tener malos hábitos.

### C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: No refiere

– HOSPITALIZACIONES PREVIAS: No refiere

– INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: No refiere

– TERAPEÚTICO RECIENTE: No refiere

## 4.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

FUNCIONES NEUROSENSORIALES Y ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

lotep, aben, abeh, abeg

FUNCIONES VITALES

Pa: 110/80mmhg

Pulso: 60ppm

Temperatura: 36.5°

Frecuencia respiratoria: 18rpm

Piel: Con adecuada humectación

Tejido subcutáneo: Buena distribución

**4.3. Evaluación integral**

EXAMEN REGIONAL

EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL ELEMENTAL:

CABEZA: Normo céfalo

OJOS: Sin alteración evidente (S.A.E.)

OIDOS: Sin alteración evidente (S.A.E.)

NARIZ: fosas nasales permeables

CARA: Normo Facial

ATM: No presenta dolor a la apertura

GANGLIOS: Sin alteración evidente (S.A.E.)

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO INTRAORAL

LABIOS: Labios adecuadamente humectados

CARRILLOS: Húmedos sin lesión aparente

- PALADAR DURO: Profundidad mediana normal
- PALADAR BLANDO: Sin alteración evidente (S.A.E.)
- LENGUA: de forma ovalada de tamaño mediano sin presencia de saburra
- ISTMO DE LAS FAUCES: Sin alteración evidente (S.A.E.)
- PISO DE BOCA: Sin alteración evidente (S.A.E.)
- REBORDE GINGIVAL: gingivitis leve asociada a placa
- OCLUSIÓN: R.M.D: N.R, R.M.I: N.R, R.C.D: Clase I, R.C.I: N.R
- SISTEMA DENTARIO: Superior:13 Inferior: 14

#### 4.4. Diagnóstico y pronóstico

- REGIÓN ANATOMICA COMPROMETIDA – ZONA PROBLEMA:

**Figura 1. Fotografía de la región anatómica comprometida**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

Región del Incisivo Superior Derecho

- INSPECCIÓN: Pieza 11 ausente
- PERCUSIÓN: Asintomático
- PALPACIÓN: No presenta dolor a la palpación de la zona comprometida
- MOVILIDAD DENTARIA: No presenta

□ PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR: Asintomática

#### **4.4.1. Diagnóstico presuntivo:**

Pieza dentaria 11 Retenida

ESTUDIO IMAGENOLÓGICO

#### **Figura2. Fotografía de radiografía panorámica**



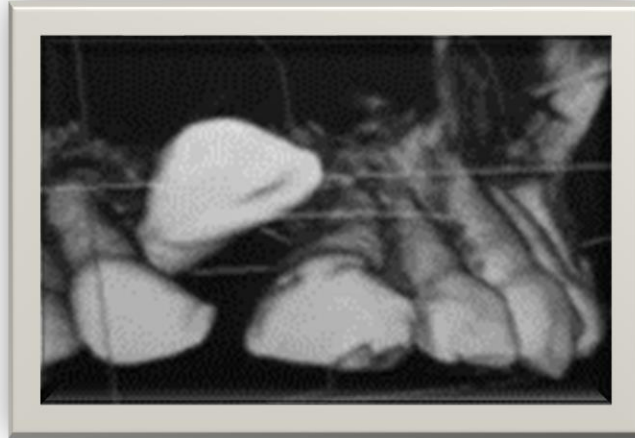
Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

Informe: Presenta simetría de los cóndilos mandibulares y de seno maxilar

No hay desviación del tabique nasal hacia la derecha

Pieza 11 retenida, aparente contacto con los ápices de la pieza dentaria 22

**Figura 3 .Fotografía de la Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.)**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

**4.4.1. Diagnóstico definitivo:**

Pieza dentaria 11 Retenida, presenta contacto con la raíz de la pieza dentaria 22

**4.4.2Pronóstico**

Procedimiento: Complejo.

## V.- PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

### 5.1. Formulación del Plan de tratamiento general

#### PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

#### Figura 4. Fotografía del paciente-operador



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

#### ESTUDIO DE MODELOS Y DISEÑO DE INCISIÓN

**Figura 5. Fotografía de modelos.**-Se tomó impresión de la arcada superior y se vació en yeso tipo IV.



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui



## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

PASOS: SE REALIZÓ LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA

**Figura 6. Fotografías de asepsia y antisepsia, con enjuague bucal**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

a) ANESTESIA

**Figura 7. Fotografía de anestesia infiltrativa de los nervios dentario anterior superiores derecho e izquierdo cerrando el circuito por el nervio naso palatino.**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

**b) INCISIÓN**

**Figura 8. Fotografía del abordaje por vestibular y zona palatina**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

**c) LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO**

**Figura 9. Levantamiento del colgajo**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

**d) OSTEOTOMIA**

**Figura 10. Osteotomía por vestibular, con ayuda freza redonda de tallo largo se realiza la osteotomía**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

**Figura 11. Fotografía de la ostectomía con constante irrigación**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

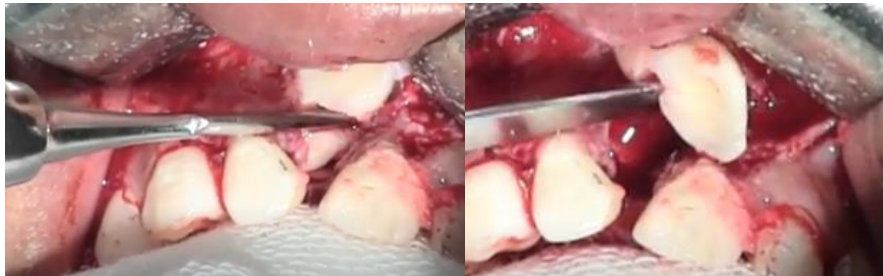
**Figura 12. Fotografía de liberación de la pieza dentaria 11**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

E) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA

**Figura 13. Fotografía del Incisivo central superior derecho 11; luxación y extracción**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

F) LIMPIEZA Y SUTURA

**Figura 14. Fotografía de limpieza y sutura:- el lavado se realiza con suero fisiológico**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

## G) COLOCACIÓN DE FERULA PROTECTORA

**Figura 15. Fotografía de ferula de protección**



Autor: Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

### **5.2. Plan de control y mantenimiento**

Realizada la cirugía el paciente no deberá realizar ejercicios físicos, como practicar ningún tipo de deporte unas 48 horas después de realizada la intervención, su dieta deberá ser fría y blanda, no debe fumar, debe realizar enjuagues con colutorios de clorhexidina, a partir del tercer día reanudar su vida diaria con normalidad. Deberá asistir al control pos operatorio entre 7 a 10 días después de la intervención para el retiro de puntos y control radiográfico.

## VI.- DISCUSION

Se efectuó la extracción de la pieza dentaria retenida por varias razones entre ellas el tiempo de erupción del incisivo central superior está entre los 8 años promedio, nuestra paciente tiene, 14 años de edad, son 6 años de retraso, otra razón es el espacio de la zona de erupción diente 11 es muy estrecho siendo ocupado por el diente 21. Al respecto de exodoncia de incisivos centrales retenidos **Díaz E**<sup>3</sup>; afirma que “La frecuencia de retención de incisivos centrales maxilares varía entre 0,06% y 2%, provocando una condición que afecta la estética facial, las revisiones indican la estabilidad dentaria y periodontal del diente conservado. Para conseguir una atención óptima a estos pacientes es fundamental la implicación de un equipo multidisciplinar”<sup>3</sup>. Por lo tanto, por medio del presente trabajo sobre, cirugía de incisivo central retenido es importante, sensibilizar y hacer saber a la población sobre la trascendencia del diagnóstico oportuno, temprano de la retención dentaria y los posibles efectos futuros en la salud bucodental. **Tan C., Ekambaram, M. Yiu, C.**<sup>4</sup>; consideran que la mayoría de los incisivos no erupcionados presentan complicaciones, que pueden tener un efecto en la dentición restante (es decir, pérdida de espacio y desplazamiento de la línea media), así como en la dentición impactada el propio incisivo y / o sus estructuras / dientes adyacentes.

El transcurrir del tiempo, cumple un rol principal en el tratamiento de un diente retenido, porque implica una gran complejidad que este genera. Por medio del desarrollo de este caso clínico sugerimos el control periódico de las personas, el mismo evitara situaciones negativas en la dentadura. En relación a ello **Rodríguez A. Toledo B. Pérez A.**<sup>3</sup> se ocupan de un caso clínico de odontoma compuesto, localizado en la región anterosuperior asociado a la retención del incisivo central superior derecho. El canino superior derecho brotó ectópico debido a, el acortamiento del arco producido por la retención dentaria, siendo esto una secuela del odontoma. Enfatizan que: el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los tumores externos permiten lograr su reparación exitosa, la prevención de complicaciones y el tratamiento a largo plazo de los dientes”<sup>3</sup>

## VII.- CONCLUSIONES

- Se realizó la extracción de la pieza dentaria 11 retenida ,estableciendo los tiempos operatorios correspondientes a la cirugía de dientes retenidos
- El diagnóstico debe ser riguroso, porque permite el éxito en la extracción de un diente retenido, siendo útil conocer la ubicación y dirección de la pieza dentaria antes del acto quirúrgico.
- La extracción de un incisivo central superior retenido, no es usual, pero tratándose de dientes mal posicionados y no es posible traccionarlos este es un procedimiento válido.

## VIII.- RECOMENDACIONES

- El clínico deberá realizar el estudio radiográfico panorámico y el de Tomografía Axial computarizadas, sumamente importante, porque evita complicaciones en las exodoncias de incisivos centrales retenidos.
- En referencia al caso tratado a nuestra paciente, se efectuó la extracción de la pieza dentaria retenida por varias razones entre ellas el tiempo de erupción del incisivo central superior está entre los 8 años promedio, nuestra paciente tiene, 14 años de edad, son 6 años de retraso, otra razón es el espacio de la zona de erupción diente 11 es muy estrecho siendo ocupado por el diente 21.
- Que a la comunidad estudiantil en odontología se difunda los conocimientos sobre el estudio de radiografías antes de la intervención quirúrgica



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badía A. et al. Corrección periodóncica ortodóncica de diente retenido. *Correo Científico Médico* 25.4 [Internet].2021. [Citado el 13/06/2022].Disponible en:

<http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4075>

2. Rodríguez A.et al Retención dentaria del incisivo central superior derecho por odontoma compuesto." I Jornada Virtual de Estomatología 2022. Ciego de Ávila. [Internet]. 2021. [Citado el 13/06/2022].Disponible en:

<https://estocavila2021.sld.cu/index.php/estocavila/2022/paper/view/28/52>

3. Diaz E. Incisivo central retenido horizontalmente. Manejo clínico. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. [Internet]. 18 febrero, 2018. [Citado el 13/06/2022].Disponible en:

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/incisivo-central-retenido-horizontalmente-manejo-clinico/>

4. Tan C., et al Prevalence, characteristic features, and complications associated with the occurrence of unerupted permanent incisors. *PloS one*, 13(6), e0199501. [Internet]. 2018. [Citado el 13/06/2022].Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6023125/#:~:text=A%20majority%20of%20unerupted%20incisors,manifestations%20of%20unerupted%20permanent%20incisors.>

5. Díaz S. Exodoncia de canino retenido en el maxilar superior. [Trabajo de suficiencia profesional]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes. 2020.

6. Martínez A. Tratamiento Ortodóncico-quirúrgico de un incisivo central impactado. [Trabajo de suficiencia profesional ]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes. 2020.

7. Flores D. Manejo ortodóncico-quirúrgico de un incisivo central permanente inferior retenido. *Odontol Pediátr* ;29(3):146-156[Internet]. 2021. [Citado el 13/06/2022].Disponible en:  
[https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2022/01/5\\_NC385-Odontologia-Pediatrica-V29N3-V4-WEB.pdf](https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2022/01/5_NC385-Odontologia-Pediatrica-V29N3-V4-WEB.pdf)
8. Escoda, C. G., & Aytes, L. B. Cirugía bucal. 2011.
9. Hernández D. CIRUGIA BUCAL Dientes Retenidos. [Internet]. 2021. [Citado el 13/06/2022].Disponible en:  
[http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/dientes\\_retenidos.pdf](http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/dientes_retenidos.pdf)
10. Tratamiento de un diente retenido.Bis Salud. [Internet]. 2021. [Citado el 13/06/2022].Disponible en:  
<https://bisodontologia.com/tratamiento-de-un-diente-retenido/>
11. Consentimiento, informado, [citado el 03 de Abril del 2022]. Disponible en:  
<https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Caninos-Retenidos.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1 Consentimiento Informado <sup>11</sup>

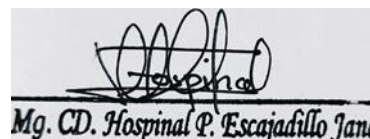
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXODONCIA DE INCISIVOS INCLUIDOS O RETENIDOS Yo Rigoberto Tomas Ticse con DNI No. 20068334, mayor de edad, y con domicilio en Psje Tahuantinsuyo N° 467 Distrito de Sapallanga, Provincia de Huancayo y Departamento de Junín en calidad de representante legal de Pamela Tatiana Tomas Vargas DECLARO Que el Odontólogo Mg. C.D. Jane Hospinal Esjadillo COP 22567 Y EL Bachiller en Odontología Helen Leabith Escobar Chuquillanqui me ha explicado que es conveniente en la situación de mi menor hija proceder a la extracción de un incisivo incluido dentro del maxilar, En consecuencia, comprendo que no mantendra ese diente y que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis. Así mismo me han informado que: 1.- El propósito principal de la intervención es evitar que la evolución derive en un quiste folicular o en desarrollar un ameloblastoma u otro tumor o daño en otros dientes. 2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir 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 tendré 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, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales 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 me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que el estado del diente que se me 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 exigirá, 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. Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación de la mandíbula, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de este proceso. 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 me practique el tratamiento de caninos incluidos.

En Huancayo a 09 días de Julio del 2022.



Tomas Ticse Rigoberto

DNI N° 20068334



Mg. CD. Hospinal P. Escajadillo Jane

COP 22567



Bachiller en Odontología

Helen Leabith Escobar Chuquillanqui

DNI N° 74596075

Anexo 2. DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

- Anexos auxiliares

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Yo; **ESCOBAR CHUQUILLANQUI HELEN LEABITH**. Con DNI N° **74596075** , y domicilio legal en **Pasaje San Jose S/N Barrio Santa Rosa**, Bachiller egresado de la Universidad Peruana Los Andes, de la Facultad 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: **"INTERVENCION QUIRURGICA EN INCISIVO SUPERIOR RETENIDO EN EL MAXILAR 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, Octubre del 2022



ESCOBAR CHUQUILLANQUI HELEN LEABITH

DNI N°74596075

