

PRESENTACIÓN DE CASO

Retención dentaria

Dental retention

Dra. Delarays Ossani Pérez Alfonso*, Dra. Yaima de Los Ángeles Hidalgo Torres**, Dr. Omelio Fontaine Machado***

*Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente. Policlínico "Guillermo Tejas", Las Tunas. **Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Policlínico "Romérico Oro", Puerto Padre. ***Especialista de Primer Grado en Periodoncia. Máster en Atención Comunitaria. Profesor Auxiliar. Clínica Estomatológica "3 de Octubre", Las Tunas. Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Delarays Ossani Pérez Alfonso, correo electrónico: ossani@ltu.sld.cu.

Recibido: 25 de noviembre de 2015

Aprobado: 16 de diciembre de 2015

RESUMEN

En el síndrome de retención dentaria los dientes quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico. Esta anomalía trae consigo afectaciones en las funciones oro-faríngeas, como la fonética, deglución y masticación, además de las implicaciones estéticas. Se presenta el caso de una paciente de 12 años de edad, sexo femenino, mestiza, con oclusión clase I de Angle. La madre refirió que presentaba persistencia del diente temporal. Se constató por estudio radiográfico la retención del 21 y persistencia del temporal. Se realiza la exodoncia del diente temporal, una vez que se hizo el entorche del diente por cirugía, se inició el tratamiento ortodóncico con aparatología removible y posteriormente con aparatología fija, lo que contribuyó a la egresión dentaria y la ubicación del diente en el arco. La paciente se encuentra en la etapa de finalización y satisfecha con el tratamiento realizado.

Palabras clave: RETENCIÓN DENTARIA; EXODONCIA; TRATAMIENTO ORTODONCICO.

Descriptores: RETENCIÓN DE DENTADURA; CIRUGÍA BUCAL; ORTODONCIA.

SUMMARY

In the dental retention syndrome, teeth are locked within the jaws, keeping the integrity of their physiological peri-coronary sac. This anomaly brings about affections in the oropharyngeal functions as phonetics, deglutition and mastication, besides the aesthetic implications. This is a case of a 12-year-old female mixed-race patient with Angle class I occlusion. The patient's mother reported persistence of the child's temporary tooth. The radiographic study confirmed retention of 21 and persistence of the temporary. The temporary tooth extraction was performed, once the tooth was screwed by surgery, the orthodontic treatment started with removable appliances and later with fixed appliances, what contributed to the tooth egression and location of the tooth in the dental arch. The patient is at the end stage and she is satisfied with the treatment.

Key words: DENTAL RETENTION; EXTRACTION; ORTHODONTIC TREATMENT.

Descriptors: DENTURE RETENTION; SURGERY, ORAL; ORTHODONTICS.

INTRODUCCIÓN

Se denomina dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; actualmente se le denomina síndrome de retención

dentaria, por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones locales y sistémicas, tales como dolores intensos, otalgias, neuralgias, cefaleas, caída del cabello, trastornos visuales diversos, además de la ausencia del diente en la cavidad bucal. Puede estar íntegramente rodeado por tejido óseo (retención

Citar como: Pérez Alfonso DO, Hidalgo Torres Yd, Fontaine Machado O. Retención dentaria. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(2). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/522>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

intraósea) o estar cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Cualquier diente de la cavidad bucal puede estar afectado, pero muchos estudios han demostrado que los terceros molares inferiores, los superiores y los caninos superiores son los que mayormente quedan retenidos. Se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes, sin tener preferencia de sexo ni color de la piel. (1-4)

La incidencia de la retención dentaria oscila entre el 8 y el 14 % de la población general. Cualquier diente permanente, temporal o supernumerario puede permanecer retenido, aunque la retención de un diente temporal ocurre más raramente, comparada con la retención de un diente permanente. Dentro de los dientes que resultan afectados con mayor frecuencia se encuentran los terceros molares inferiores y superiores, los caninos superiores, los segundos premolares inferiores y los dientes supernumerarios. (1, 5) Bedoya-Rodríguez y colaboradores (6) reportan una prevalencia de retención del 10,8 % y encuentran una relación significativa entre la presencia de dientes supernumerarios y la presencia de retención.

Las causas que ocasionan este tipo de anomalía pueden ser: deficiencias endocrinas, enfermedades febriles e irradiación. Las causas locales son variables, la más significativa es la malposición de los gérmenes, que puede provocar que los dientes queden retenidos dentro del hueso, en posiciones que van desde una ligera alteración en su ubicación, hasta la inversión total. Otra de las causas podrían ser los trastornos de las fuerzas eruptivas, o a la disminución de las mismas. La reducción del tamaño de la arcada dentaria puede impedir también la normal erupción de los dientes por falta de espacio, ya que oponen una obstrucción mecánica a la misma. Otra causa puede ser la retención prolongada o pérdida prematura del diente o los dientes primarios, presencia de dientes supernumerarios, anquilosis, formaciones quísticas o tumorales, dilaceraciones radiculares, o presentarse sin causa aparente. (7-9)

El diagnóstico de la retención dentaria viene dado por las características clínicas y el estudio radiográfico. La exploración radiográfica será concluyente y dará una serie de detalles de indudable interés, como son: presencia de la retención y otras posibles, posición del diente y su ubicación en los tres planos del espacio, altura o profundidad de la retención, forma y tamaño del diente, sus relaciones con los vecinos y con las estructuras anatómicas y el tipo de tejido óseo que rodea al diente retenido (condensación, saco pericoronario, quiste folicular). (10, 11)

La existencia de retención dentaria de incisivos y caninos superiores es causa de que los pacientes acudan a las consultas de ortodoncia, debido a las afectaciones estéticas y funcionales; en muchas ocasiones se realiza el hallazgo accidentalmente durante el examen clínico, o en radiografías de rutina, y ahí es donde los estomatólogos generales en el área de salud deben jugar un papel importante, realizando actividades de promoción y prevención planificadas, para que padres y niños conozcan de estas anomalías y acudan a la clínica tempranamente; y una vez allí se les realice una correcta anamnesis y examen clínico, para determinar tempranamente la presencia de anomalías de este tipo, evitando complicaciones al paciente y el uso de aparatología.

Lo anteriormente expuesto fue lo que sirvió de motivo a presentar este caso clínico de retención dentaria, asociado a la retención de un diente temporal, donde se expone la terapéutica que se siguió con el paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 12 años de edad, sexo femenino y piel mestiza, que presenta oclusión clase I de Angle y acude al servicio de ortodoncia del policlínico "Guillermo Tejas". Después de realizar un análisis exhaustivo y un interrogatorio profundo a la madre de la paciente, refirió que presentaba persistencia del diente temporal, en este caso el 61, por lo que se decide ingresar en el servicio de ortodoncia y realizar los exámenes de rutina.

IMAGEN 1

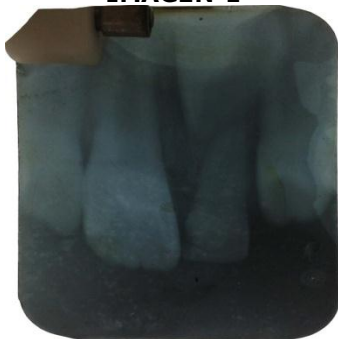


IMAGEN 2



Una vez que se realizó el estudio radiográfico (**imagen 1**), se aprecia la retención del 21 y persistencia del temporal, luego se decide la exodoncia del diente temporal (**imagen 2**).

Posteriormente, se remite a la paciente al servicio de cirugía maxilofacial, para que se proceda al entorche del diente (**imagen 3**), en sus primeras etapas recibió tratamiento con aparatología removible y se decide en una segunda etapa la utilización de la técnica fija para lograr la ubicación del diente en el

arco; como el espacio estaba limitado, se expandió en el sector anterior, aumentando el ancho de la brecha (**imagen 4**). Durante la tracción se mantuvo un seguimiento de las fuerzas aplicadas para no dañar el ligamento periodontal y así lograr la ubicación del diente en el arco (**imagen 5**). Esta paciente recibió tratamiento en conjunto con el de periodoncia, para devolverle la morfología a la encía del diente que estaba retenido.

IMAGEN 3



IMAGEN 4



IMAGEN 5. Fase de finalización



La retención dentaria se caracteriza por la presencia del diente totalmente calcificado en el espesor del hueso maxilar, pudiendo presentar diversidad de posiciones; puede estar relacionado con dientes adyacentes y estructuras anatómicas. (10)

El diagnóstico definitivo de la retención dentaria se logra a través de un estudio radiográfico periapical del paciente y otras radiografías intrabucales, como la oclusal y extrabucales, así como la radiografía panorámica y la telerradiografía lateral de cráneo. Estas últimas dan una visión exacta de la posición y lugar donde se encuentran los dientes retenidos, debido a que se toma con angulación ortorradiar (0°). (10)

En otros estudios realizados se hace referencia a que para obtener éxito en la práctica clínica diaria, con respecto a la alineación de un diente impactado a su posición correcta, se deben tener en cuenta aspectos como posición y dirección de los dientes impactados, así como la longitud de la formación radicular y el grado de dilaceración de la raíz. (12)

En la paciente presentada, después de exponer los factores etiológicos, se considera que fue producto de la retención del diente temporal.

Los exámenes clínicos, los resultados obtenidos un año después del tratamiento quirúrgico y ortodóncico, mostraron un significativo resultado. La técnica utilizada fue efectiva y a través de ella se logró ubicar el diente en su posición, restableciendo las funciones estéticas y funcionales de la dentición, corroborando así el éxito del tratamiento empleado.

DISCUSIÓN

Cuando un diente permanente queda retenido, suele traer complicaciones graves para el paciente (11) desde el punto de vista ortodóncico, porque se afecta estética y funcionalmente, lo que puede ocasionar trastornos psicológicos al paciente y, aún más, cuando se trata de adolescentes. Cuando se desarrolla una anamnesis adecuada y un examen clínico minucioso, se puede llegar a un diagnóstico adecuado de conjunto con el estudio radiográfico. (10, 11) Se plantea en casos publicados que una combinación de cirugía y tratamiento de ortodoncia será la elección para muchas impactaciones dentales, con resultados estéticos y funcionales adecuados. (12)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
2. Yeman OD. Incisivos centrales superiores retenidos. Rev Soc Odont Argentina [revista en Internet] 2003 [citado 28 de enero 2016]; 16(32), 34-42.
3. Uslu O, Akcam MO, Evirgen S, Cebeci I. Prevalence of dental anomalies in various malocclusions. Am J Orthod Dentofacial Orthop [revista en Internet]. 2009 [citado 28 de enero 2016]; 135(3): 328-35. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889540608009232>.
4. Rodríguez Rodríguez N, Álvarez Blanco Y, Gallardo Melo VR. Tercer molar retenido en paciente geriátrica. Presentación de dos casos. MediCiego [revista en Internet] 2010 [citado 28 de enero 2016]; 16(Sup2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl2_10/pdf/t-13.pdf.
5. Pentón García V, Véliz Águila Z, Herrera L. Diente retenido-invertido. Presentación de un caso. MediSur. [revista en Internet] 2009 [citado 28 de enero 2016]; 7(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000600010&script=sci_arttext.
6. Bedoya-Rodríguez A, Collo-Quevedo L, Gordillo-Meléndez L, Yusti-Salazar A, Tamayo-Cardona JA, Pérez-Jaramillo A, et al. Anomalías dentales en pacientes de ortodoncia de la ciudad de Cali, Colombia. CES odontol [revista en internet]. 2014, Jun. [citado 28 de enero 2016]; 27(1): 45-54. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2014000100005&lng=en.
7. Vázquez D, Hecht P, Martínez ME. Frecuencia de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas. Presentación de un estudio en 1000 pacientes [revista en internet]. 2012 [citado 28 de enero 2016]; 50(1). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art11.asp>.
8. Rodríguez Rodríguez N, Rodríguez Moreno E, Aragón Abreu JE. Molar inferior supernumerario retenido: presentación de caso. Mediciego [revista en internet]. 2011, jul [citado 28 de enero 2016]; 17(Sup1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/casos/t-17.html.
9. San Miguel Pentón A, Escudero Alemán RZ, Véliz Concepción OL, Ortega Romero L, Calcines M, Ferrer V. Orden de emergencia de la dentición permanente en niños del Municipio de Santa Clara: Parte II. Rev. Cubana Estomatol [revista en internet]. 2011 [citado 28 de enero 2016]; 48(3): 219-229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300004.
10. Amador-Velázquez A, Hung-Quevedo O, Menéndez-Díaz D. Tercer molar superior retenido en seno maxilar. A propósito de un caso. Correo Científico Médico [revista en internet]. 2015 [citado 28 de enero 2016]; 19(1). Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1707>.
11. Gladia, Toledo M, Cabaleiro Pelayo ZM. Retención dentaria múltiple. Presentación de un caso. Congreso Internacional de Estomatología 2015. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewPaper/1148>.
12. Cañizares Reyes JA, Martínez Gurrola B, Casasa A. Tratamiento ortodóncico con tracción e incorporación del incisivo central retenido. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Ortodoncia [revista en internet]. 2012, Enero [citado 28 de enero 2016]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art2.pdf>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.