

Tratamiento de ortodoncia en un caso de agencias múltiples en dentición mixta tardía

Orthodontic treatment in a clinical case of multiple agenesis in the late mixed dentition

Autora: Oda. María Mercedes Petra Martínez Maszezuk*



* Odontóloga de la Universidad Nacional del Nordeste. Especialista en Ortodoncia.

RESUMEN

En este caso clínico, se presenta el tratamiento ortodóncico de agencias dentarias múltiples durante la etapa de dentición mixta tardía, con ocho premolares ausentes, y cuyo abordaje incluye el mantenimiento, desgaste y hemisección de molares deciduos, manejo con cierre y redistribución de los espacios edéntulos para crear un entorno adecuado en la futura etapa de rehabilitación.

Palabras clave: agencias múltiples, tratamiento de ortodoncia de primera fase, hemisección, diente temporario, reemplazo, dientes ausentes.

ABSTRACT

In this clinical case, it is presented the orthodontic treatment of multiple agenesis in the late mixed dentition stage, with eight missing premolars and the approach of which includes maintenance, wear and hemisection of deciduous molars, edentulous space closure and redistribution handling to create an appropriate dental setting for the future rehabilitation stage.

Keywords: multiple agenesis, first stage orthodontic treatment, hemisection, deciduous tooth, replacement, missing teeth.

INTRODUCCIÓN

La agnesia (AG) es una anomalía dentaria de alta prevalencia, ocurrencia bilateral y que afecta más al sexo femenino. Si bien la AG aislada es frecuente, no ocurre lo mismo con las AG múltiples, considerando los términos “hipodoncia” (de 1 a 5 dientes ausentes excluyendo terceros molares) y “oligodoncia” (igual o mayor a 6 dientes ausentes).^{1,2} Se incluiría dentro del último término este caso clínico que presenta AG de los 8 premolares, cuyo tratamiento ortodóncico de primera fase en dentición mixta tardía tuvo como principal objetivo reordenar los espacios edéntulos, mejorando el terreno para la futura etapa de rehabilitación. Además, se hizo un provechoso usufructo de los dientes deciduos, que incluye un tratamiento citado en la literatura ortodóncica en casos de AG de segundos premolares, donde se mantiene el segundo molar deciduo para prolongar su funcionalidad por un largo período, lo cual consiste en desgastarlo y hemiseccionarlo.³⁻⁵

El desafío de abordar ortodóncicamente AG múltiples, durante la dentición mixta, radica en transitar un largo período de transición dado el crecimiento remanente, durante el cual, el paciente deberá aguardar hasta

encontrar una solución definitiva. Esta cuestión es clave, y se debe valorar para establecer una correspondencia idónea entre el manejo del espacio edéntulo y el mantenimiento de la calidad ósea del reborde, para la rehabilitación venidera cuando se estime estabilizado el crecimiento. Pero si todo apuntara a que la mejor opción para estos casos es la rehabilitación implanto protética, entonces, ¿cuál sería el plan adecuado que preserve el reborde alveolar hasta que la rehabilitación pueda llevarse a cabo? Esta cuestión se matiza de sentido común, si tenemos presente que al extraer un temporario, pasados 7 años, el reborde se reabsorbe un 30 %, en mayor grado en el sector vestibular, y que una opción provechosa sería manejar parte del espacio de AG con hemisección del segundo molar temporario en una etapa temprana, lo que permite la libre mesialización del molar permanente, y entre cuyas ventajas se mencionan: que puede ayudar a mantener la dimensión vertical/transversal del hueso alveolar, posibilitar cerrar espacios “en etapas” hasta su reajuste final en el momento inmediatamente previo al reemplazo implanto protético. En contraparte, como desventajas: riesgo de reabsorción radicular,

de anquilosis con generación de un déficit óseo en sentido vertical.⁵⁻⁶

También, es oportuno *señalar* algunos aspectos de utilidad sobre el uso de implantes en adolescentes o adultos jóvenes, a saber:

- la rehabilitación implanto protética es una buena opción siempre y cuando el crecimiento/desarrollo dentoesqueléticos hayan cesado;
- con la erupción continua y lenta de los dientes, pueden surgir defectos óseos marginales alrededor de los dientes adyacentes y vestibular a los implantes;
- el espacio generado para recibir el implante debe ser suficiente, con dientes contiguos paralelizados, incluso, a nivel apical (el área premolar inferior requiere extra espacio en sentido M-D y V-L). A menor distancia entre el implante y el diente contiguo, mayor es la reducción del nivel de hueso marginal;
- los molares deciduos en infraoclusión deben ser extraídos no mucho tiempo antes del momento planeado para la colocación del implante, para evitar reducción indeseada de volumen óseo V-L.⁷

ANÁLISIS DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 10 años y 10 meses de edad, que consulta por: “dientes separados y otros que no cambian, ni nacen los nuevos”. Sin antecedentes de anomalías del desarrollo (FLAP), síndromes, historia de ortodoncia previa o exodoncias de dientes permanentes.

- Del análisis facial se estiman tercios armónicos, el perfil es recto a ligeramente convexo. No se detectan asimetrías clínicamente significativas ni disfunciones de ATM. Funcional/hábitos: sin atipias. Radiográfico y cefalométrico: en Rx panorámica, AG de premolares y permanencia de temporales. El patrón facial es tipo I con Clase I esquelética, ángulos de Steiner: ANB 3,5°; SNA 82,5° y SNB 79°. Convexidad de Ricketts: 4,2 mm. Altura facial inferior en norma para su biotipo (dolicofacial suave).
- Análisis dental: agenesia de los 8 premolares; temporarios sin exfoliar 53, 55, 73, 75, 83, 85. *Overbite* de 3,5 mm y *overjet* de 1 mm ligeramente disminuidos. Clasificación

de Angle: Clase I molar y III canina. Presencia de ligeros diastemas en arco superior. Sobre este último hallazgo, cabe mencionar que la discrepancia positiva agrega complejidad y potencia la falta de material dentario que ya aportan las AG, y es valiosa, entonces, la asociación entre AG, microdoncia generalizada y variabilidad dimensional con disminución coronaria mesiodistal, que afecta principalmente incisivos laterales superiores, incisivo central inferior y segundo molar inferior.⁸

Objetivos del tratamiento

- Mantener la estética del perfil y la sonrisa.
- Redistribuir los espacios intra e interarcada para lograr la Clase I canina y molar.
- Salud y estabilidad del entorno periodontal hasta alcanzar la etapa de rehabilitación.

Plan de tratamiento

Tratamiento de ortodoncia con *brackets* metálicos preajustados Roth *slot* .022”. En el arco superior, se inicia de modo seccional en 16-26 / 13-23 y, en un segundo paso, se incorporan los incisivos superiores. Se aprovecha el canino temporario superior derecho para facilitar los movimientos del sector 1. Se instala un microimplante con un brazo de poder en el sector 2, para agilizar el movimiento a mesial de 23 que erupcionó en una posición más distal que su homólogo derecho.

En el arco inferior, se inicia con la instalación de un arco lingual, alineación, nivelación con mesialización de caninos permanentes inferiores hacia el espacio de exodoncia de caninos inferiores temporarios. Tras varios meses de desgastes se realiza la hemisección del 2.º molar deciduo izquierdo; contrariamente, el molar deciduo inferior recibió el mismo abordaje, pero, luego de un tiempo, debió ser extraído por presentar movilidad.

Técnica: desgaste progresivo, con turbina, de la cara distal del diente temporal hasta que la mesialización del 6 avanza y encuentra como barrera la propia raíz distal del temporal; en ese momento, se realiza el sellado de la cámara pulpar con hidróxido de calcio, hemisección atraumática y cuidadosa remoción de la raíz distal mientras la mitad mesial remanente es conservada. Así, culmina esta primera fase de ortodoncia con las clases caninas

normalizadas y los espacios redistribuidos para esperar la etapa preprotética inmediata donde se realizarán, en una segunda etapa de ortodoncia, los reajustes finales del espacio. Contención: tanto en el arco superior como en el inferior, contención fija. Originalmente, se planearon placas con dientes de stock, pero por falta de aceptación y uso del paciente se indican placas termoformadas.

Conclusión

La posibilidad de mantener y hemiseccionar los molares deciduos genera un buen entorno al prolongar su funcionalidad y preservar la calidad del reborde, en la etapa de transición hasta la estabilización del crecimiento orofacial, y complementa la valoración realista de pros o contras en la toma de decisiones estratégicas que repercutirán en los futuros buenos resultados para un adulto. Cabe concluir con la sabia reflexión del Dr. Kokich: "...las decisiones tempranas del ortodoncista repercuten en la edad adulta, por lo tanto: la decisión correcta en el momento correcto..."⁵

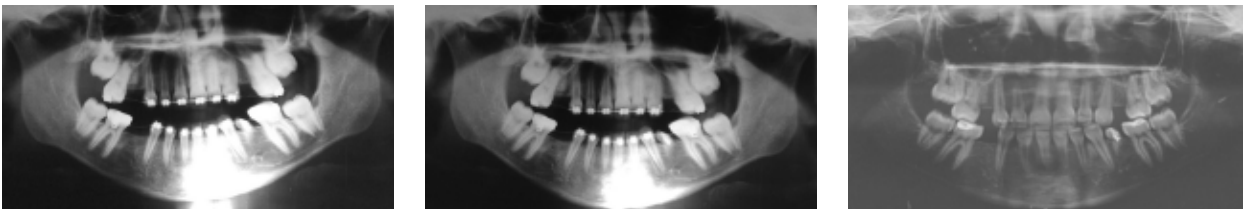


Fig. 1: Radiografías panorámicas inicial, intermedia y postratamiento, respectivamente.



Fig.2: (Arriba) Fotografías faciales de frente, sonrisa, perfil y cefalograma iniciales y (abajo) postratamiento.



Fig. 3: Fotografías intraorales frontales, laterales derecha e izquierda y oclusales. (De izquierda a derecha) Inicio, progreso y final del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altug-Atac AT, Erdem D. *Prevalence and distribution of dental anomalies in orthodontic patients.* Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2007;131:510-514.
2. Pannu P, Galhotra V, Ahluwalia P, Gambhir RS. *Non-syndromic oligodontia in permanent dentition: a case report.* Ghana Med J. 2014 Sep;48(3):173-6.
3. Northway W. *Hemisection: one large step toward management of congenitally missing lower second premolars.* Angle Restor Dent. 2004 Dec;74(6):792-9.
4. Cuoghi OA, De Mendonça MR, Micheletti KR, Miranda-Zamalloa YM, Dias LS. *Progressive slicing of second deciduous molars in a young patient with second-premolar agenesis.* J Clin Orthod. 2014 Jul;48(7):415-21.
5. Kokich VG, Kokich VO. *Congenitally missing mandibular second premolars: clinical options.* Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006 Oct;130(4):437-44.
6. Janakievski J, Kokich VO, Kinzer G. *Interdisciplinary collaboration: an approach to optimize outcomes for patients with compromised dental esthetics.* Int J Esthet Dent. 2015 Summer;10(2):302-31.
7. Thilander B, Odman J, Lekholm U. *Orthodontic aspects of the use of oral implants in adolescents: a 10-year follow-up study.* Eur J Orthod. 2001;23: 715-731.
8. Fekonja A. *Comparison of mesiodistal crown dimension and arch width in subjects with and without hypodontia.* J Esthet Restor Dent. 2013 Jun; 25(3):203-10.