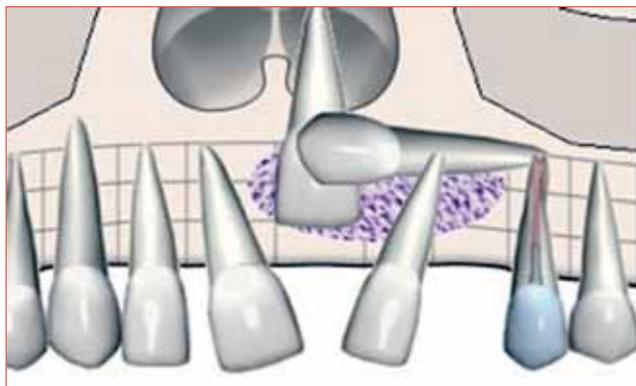


Tratamiento multidisciplinar de un adulto con queratoquiste, incisivo y canino incluidos



Dr. Jaime Baladrón Romero

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero.
Cirujano maxilofacial. (Oviedo).

Dr. José María Moriyón Uría.
Ortodoncista (Gijón).

Dr. Gaspar López Redón.
Ortodoncista (Gijón).

Dr. Guillermo Ibaseta Díaz.
Ortodoncista (Gijón).

Dr. Luis Grande Domínguez.
Ortodoncista (Gijón).



Paciente de 23 años, con antecedente de traumatismo en la infancia que provocó una alteración de la erupción del incisivo central #21 y del canino #23. En la ortopantomografía se observa un incisivo #21 incluido en posición vertical y el canino #23 incluido en posición horizontal, bajo el suelo de las fosas nasales.



En la radiografía oclusal se ve una gran lesión radiolúcida que afecta a la corona de los dientes incluidos #21 y #23 y a la raíz del incisivo lateral #22. Los dientes adyacentes, #11 y #22, se han desplazado hacia el espacio edéntulo y lo han cerrado. El paciente acude a la consulta del ortodoncista (Dr. Moriyón), que planifica un tratamiento multidisciplinar ortodóntico-quirúrgico.



En la telerradiografía lateral de cráneo se observa la posición del canino #23 incluido, en posición horizontal, bajo el suelo de las fosas nasales.



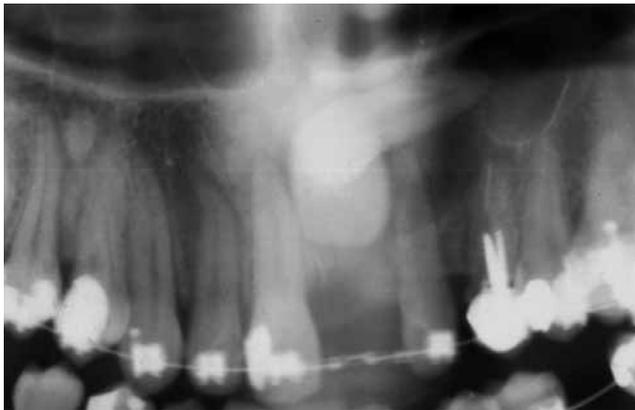
Vista frontal después de la apertura del espacio del incisivo mediante aparatología ortodóntica fija. El paciente es remitido para extirpación de la lesión radiolúcida maxilar, exodoncia del canino incluido #23 que bloquea el camino de erupción del #21 y cementado de un dispositivo que permita la tracción ortodóntica del incisivo.



Vista oclusal del espacio recuperado para la erupción del incisivo.



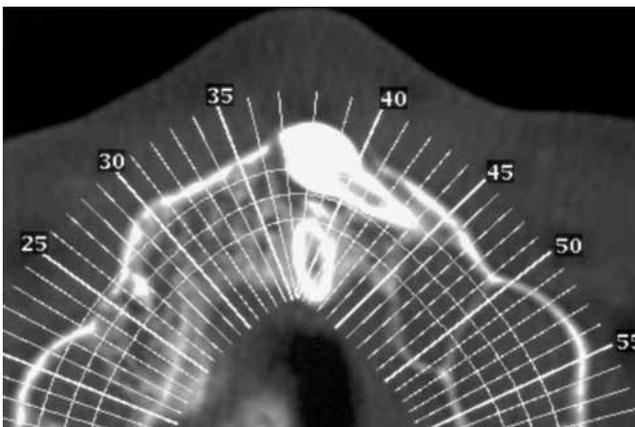
Radiografía oclusal después de que el ortodoncista haya recuperado espacio para el #21.



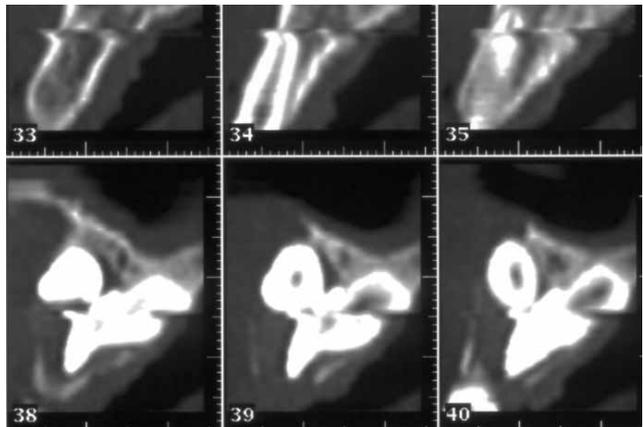
El canino #23 está incluido en posición horizontal muy alta, por encima de la raíz del incisivo lateral, y desplazado hasta la línea media. Por todo ello, no se considera indicado intentar la tracción del canino y el ortodoncista solicita al cirujano su exodoncia.



El incisivo #21 está incluido en posición vertical, a una altura media respecto a las raíces de los dientes vecinos, por lo que se decide intentar el tratamiento ortodóntico-quirúrgico del mismo.

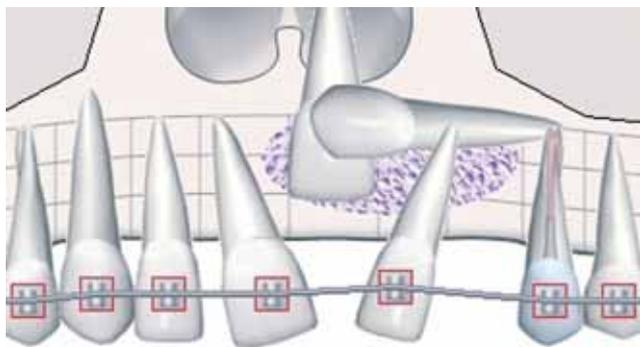


Se solicita un TC para poder conocer mejor las relaciones tridimensionales entre los dientes afectados por la lesión radiolúcida maxilar (#21, #22 y #23). El TC muestra la posición vestibular del canino, que bloquea el camino de erupción del incisivo.

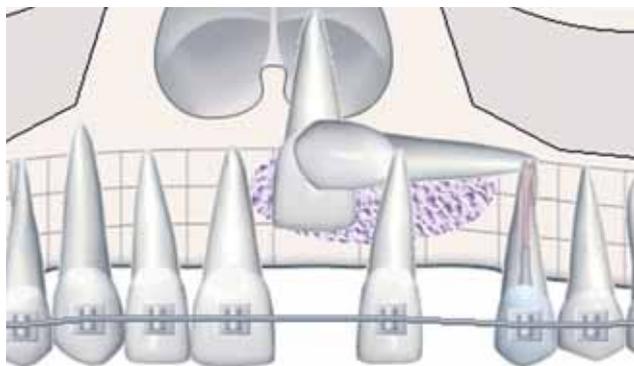


En esta proyección se ve la lesión radiolúcida que acompaña a los dientes incluidos. El incisivo #21 está por palatino, en posición vertical, y el canino #23 por vestibular, en posición horizontal. La lesión radiolúcida afecta al ápice del incisivo lateral #22, por lo que será necesario realizar una endodoncia del mismo antes de la intervención quirúrgica.

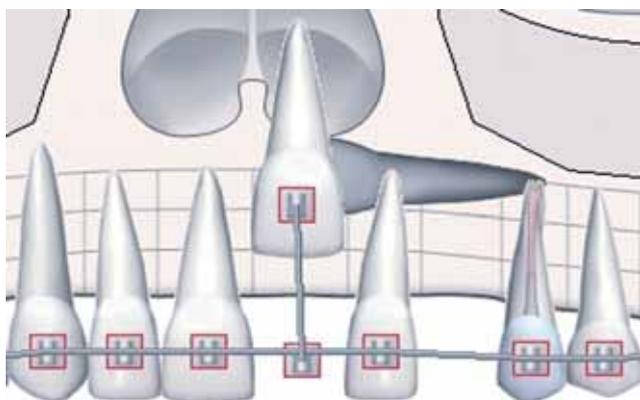
Sesiones de cirugía



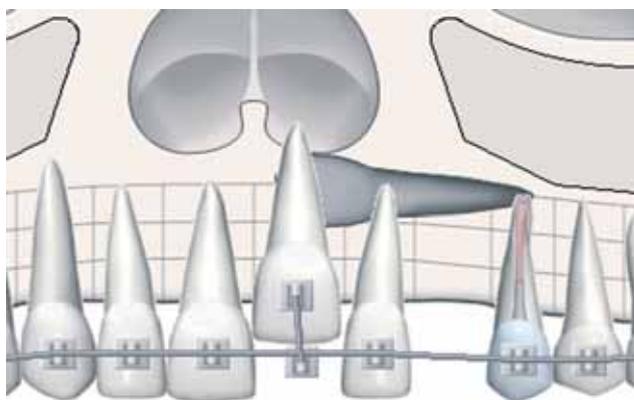
Antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia no existe espacio para la erupción del incisivo #21.



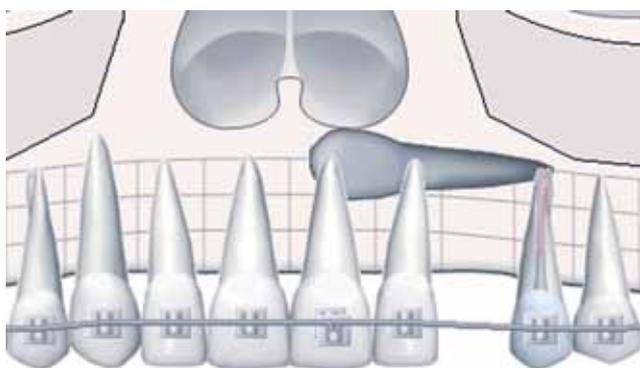
En un primer momento, el ortodoncista recupera el espacio separando los dientes #11 y #22.



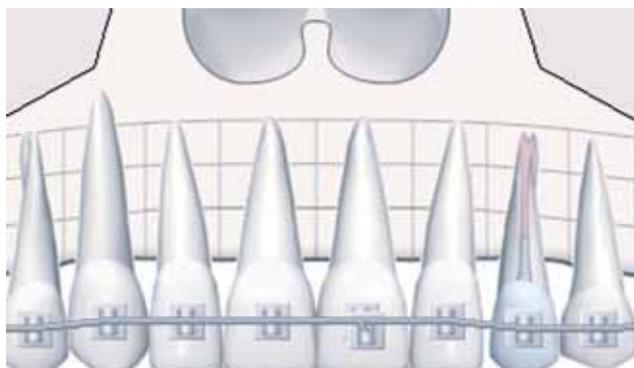
El cirujano realiza la exodoncia del canino #23 horizontal, la extirpación de la lesión radiolúcida y el cementado de un dispositivo en la corona del incisivo para intentar la tracción ortodóncica del mismo.



El ortodoncista va realizando una tracción lenta del incisivo incluido, para que éste vaya descendiendo hacia su lugar en la arcada maxilar.



Resta por cerrar el espacio distal al #22 provocado por la ausencia del canino #23.



El ortodoncista cierra el espacio, con lo que mesializa el grupo posterior izquierdo y deja el premolar #24 en posición #23.

Sesiones de cirugía



Abordaje vestibular: incisión intrasulcular con descarga que preserva la papila interincisiva y el despegamiento mucoperiostico.



Osteotomía con instrumental rotatorio para exponer las coronas de los dientes incluidos #21 y #23.



Luxación y exodoncia del #23. Legrado cuidadoso de la lesión quística asociada, que afectaba a #21, #22 y #23. El tejido se envió para su análisis histopatológico con el diagnóstico prequirúrgico de quiste folicular. El patólogo describió la lesión como queratoquiste.



Tras la exodoncia del canino, se ve la cara vestibular de la corona del incisivo. Se lava profusamente con suero salino.



Se graba el esmalte con ácido ortofosfórico. Se lava nuevamente con suero salino.



Se aplica el adhesivo, se polimeriza y se cementa un dispositivo de tracción (*caplin hook* con cadena de oro) con composite fotopolimerizable (Z-100) en la cara vestibular del #21.



Sesiones de cirugía



Vista lateral del defecto óseo existente por distal del incisivo, tras la exodoncia del canino #23 y la extirpación de la lesión quística.



Se fija la cadena de oro al arco de ortodoncia, se repone el colgajo mucoperiostico y se sutura con Vicryl rapid de 4 y 5 ceros. El paciente se remite a su ortodoncista para comenzar la tracción submucosa del incisivo.



El ortodoncista comienza la tracción lenta del #21 incluido.



Tras unos meses de tracción, comienza a mostrarse la corona del incisivo.



El ortodoncista continúa alineando los dientes con un arco de Nitinol, muy fino y flexible.



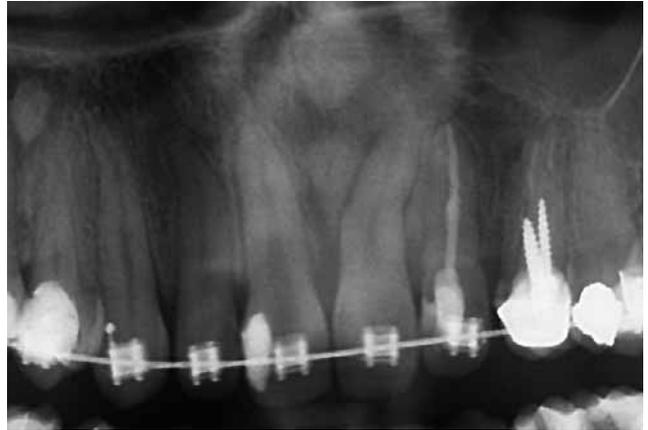
Cuando los dientes están más alineados, se comienzan a utilizar arcos rectangulares, más rígidos.



Sesiones de cirugía



El ortodoncista ha colocado el incisivo #21 en su lugar y ha cerrado el espacio del canino #23 exodonciado, con lo que mesializa los premolares y molares izquierdos.



El incisivo ha descendido hasta ocupar su lugar en la arca-da maxilar. Obsérvese la raíz dislacerada del mismo, hallazgo frecuente en pacientes con inclusiones de incisivos de origen traumático.



Vista frontal después de retirar la aparatología ortodóntica.



Vista oclusal.



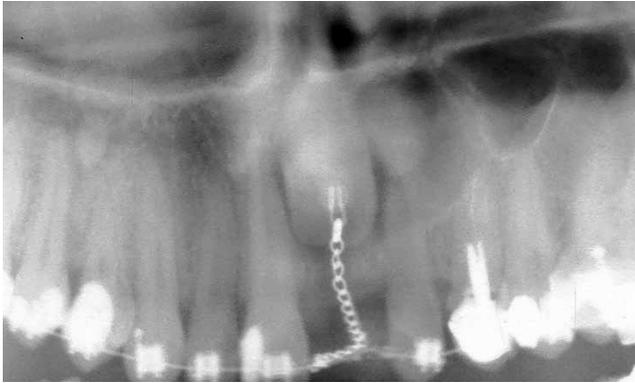
Vista lateral derecha.



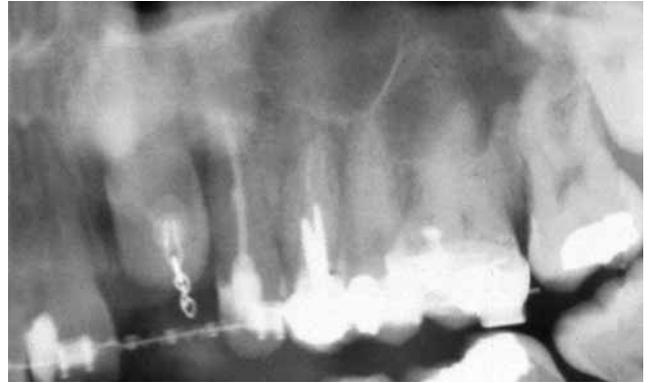
Vista lateral izquierda.



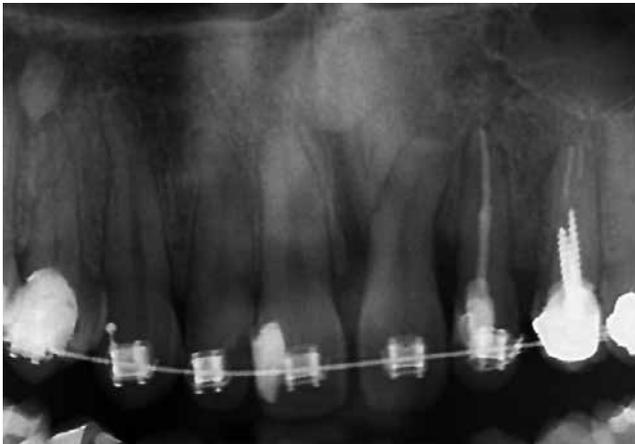
Sesiones de cirugía



Ortopantomografía al finalizar la cirugía.



Tracción ortodóncica lenta del #21.



El incisivo lo bajamos hasta ocupar su lugar en la arcada maxilar.

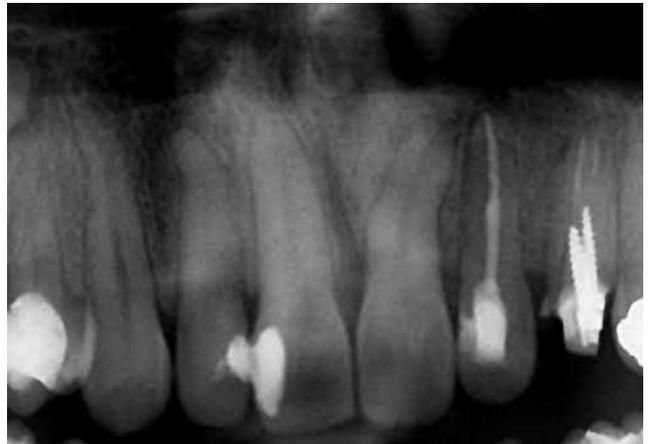


Imagen radiológica después de finalizar la ortodoncia. El odontostomatólogo del paciente está sustituyendo la corona del #24 para darle forma de canino al premolar.



Telerradiografía lateral de cráneo de control al finalizar el tratamiento.



Vista frontal al finalizar el tratamiento multidisciplinar.

Sesiones de cirugía

Antes



Vista frontal antes de la intervención quirúrgica.

Después



Vista frontal al finalizar el tratamiento ortodóntico-quirúrgico.



Vista oclusal prequirúrgica.



Vista oclusal al final del tratamiento.



Imagen radiográfica prequirúrgica con los dientes #21 y #23 incluidos y la lesión radiolúcida maxilar asociada a los mismos.



Imagen al finalizar el tratamiento ortodóntico-quirúrgico. Los defectos óseos del canino #23 y del queratoquiste han osificado completamente. Se recomienda al paciente un seguimiento clínico radiológico a largo plazo.