

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
POSTGRADO DE ORTODONCIA

# TRATAMIENTO ORTODÓNCICO DE DIENTES RETENIDOS

Autor: Od. Humberto Jiménez Pinto  
Tutor: Prof. Oscar Quirós Álvarez

# Definición de términos

---

**La erupción**, es el proceso del desarrollo responsable de mover los dientes desde su posición en la cripta del proceso alveolar hacia la cavidad bucal, su oposición final en oclusión con su antagonista. Se trata de un proceso dinámico que se produce en forma simultánea con el desarrollo radicular, establecimiento del periodonto y mantenimiento de una oclusión funcional

**La Emergencia**, es un término que deberá ser reservado para describir el momento en que alguna parte de la cúspide de la corona aparece en la densidad; emergencia es sinónimo de momento de erupción que usualmente se emplea para destacar una erupción clínicamente detectable.

# Definición de términos

---

**La Retención**, ocurre una vez llegada el periodo normal de emergencia el diente, el mismo se mantiene retenido total o parcialmente sin hacer erupción.

**La Inclusión o impactación**, se presenta cuando un diente queda retenido más allá de su periodo normal de erupción, conservando su saco pericoronario intacto y encontrándose completamente rodeado de su lecho óseo.

*Algunos autores se refieren a los términos retención, inclusión e impactación indistintamente, denominando dientes incluidos, retenidos o impactados a aquellos que una vez llegada la época normal de erupción quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad del folículo pericoronario.*

**Terminología empleada para significar el  
retardo en la erupción dentaria**

*Erupción demorada*

*Diente impactado*

*Retención primaria*

*Dientes enclavados*

*Pseudoanodoncia*

*Erupción tardía*

*Erupción retardada*

*Erupción detenida*

*Falla primaria de la erupción*

*Dientes en mal posición*

# Definición de términos

---

Según Canut en la patología eruptiva se pueden apreciar cuatro tipos de cuadros clínicos de gran transcendencia:

- **Impactación.**

El diente sufre una desviación de su trayecto eruptivo y queda atrapado en el hueso alveolar .

- **Transposición.**

La erupción se produce en un lugar diferente al que le corresponde al diente en una misma arcada .

- **Transmigración.**

Se trata de una anomalía del desarrollo dentario que se presenta inusualmente, ocurre únicamente la dentición permanente inferior.

- **Reabsorción radicular.**

La reabsorción radicular se presenta en estos casos en las raíces de los dientes adyacentes, presentándose a nivel superior principalmente en el incisivo lateral.

# Definición de términos

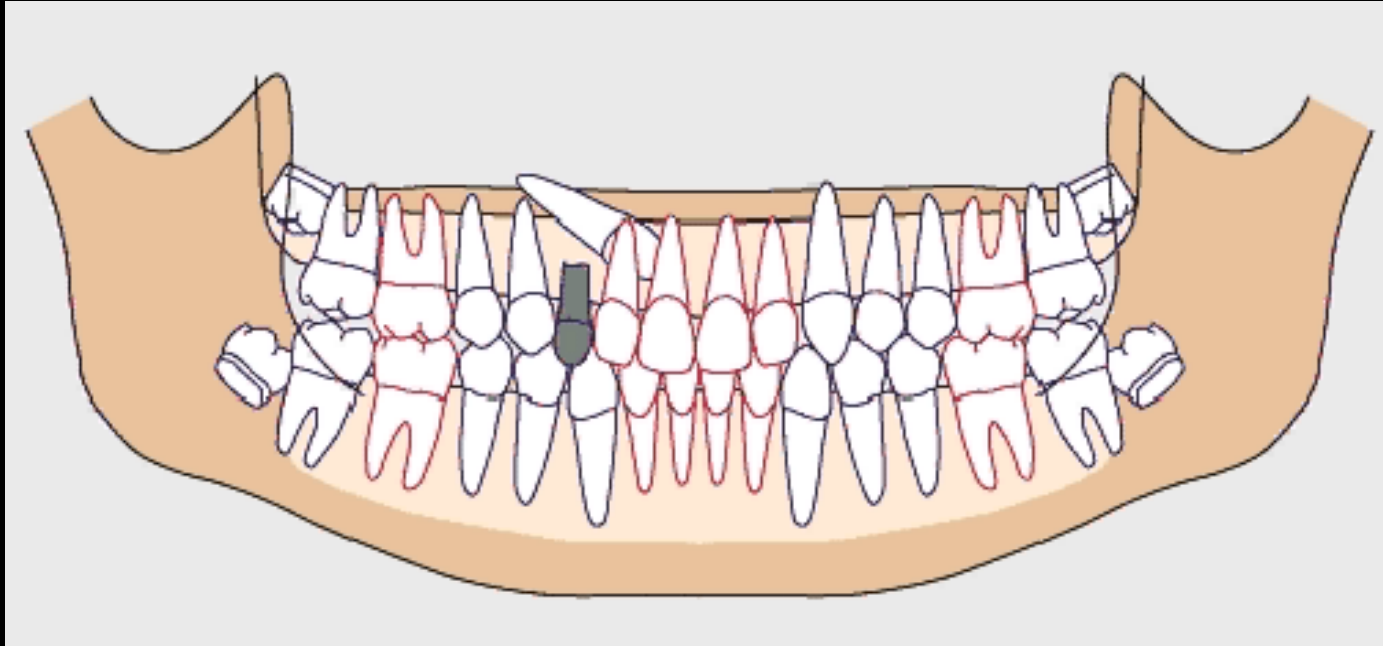
---

**La impactación**, puede considerarse: **Ectópica**, si el diente se encuentra incluido en una posición no correcta pero cercana a su lugar habitual. **Heterotópica**, si la inclusión llega a lugares más alejados como la órbita, el seno maxilar, la apófisis coronoides o el cóndilo.

Para Jacoby (1993), el término **impactación** debe aplicarse preferentemente a los caninos palatinos, ya que estos no erupcionan espontáneamente y su tratamiento suele ser quirúrgico; para el caso de caninos desplazados por vestibular es preferible el de caninos **no erupcionados**, ya que muchos pueden llegar a erupcionar aunque ectópicamente o enclavamiento labial

# Caninos superiores permanentes impactados

---



# Prevalencia

---

La prevalencia de impactaciones de dientes permanentes, incluyendo los terceros molares, oscila entre el 10% y el 25% dependiendo de la población analizada. Los caninos superiores son los segundos dientes de la arcada después de los terceros molares inferiores en frecuencia de impactación. En la actualidad la prevalencia de caninos superiores impactados oscila entre el 1% y 2% en población general.



# Prevalencia

---

Para Hurme (1949), la erupción del canino superior permanente se considera:

- *Tardía*: después de los 12.3 años para las niñas y los 13.1 años para los niños, dado que a esta edad el 80% de los pacientes presentan el canino en boca.
- *Muy tardía*: después de los 13.9 años para las niñas y los 14.6 años para los niños, edades a las que el 95% de los niños presentan los caninos en boca.

Sin embargo, algunos autores como Ericson y Kurol, coinciden en que la observación del canino superior es más temprana, a los 8-9 años de edad el canino cuando puede ser palpado en el fondo del vestíbulo, como una prominencia sobre el canino primario.

# Prevalencia

---

La impactación del canino permanente superior es una patología que puede presentarse uni o bilateralmente, pudiendo localizarse tanto por vestibular como por palatino.

A partir de los años 70 y hasta la década de los 90. Algunos estudios confirman el predominio de la impactación palatina sobre la vestibular en una proporción de aproximadamente 6:1.

Ericsson y Kuroi (2000). Realizaron un estudio sobre 156 caninos posicionados ectópicamente, encontrando que un 50% de los caninos se localizó por palatino; un 39% en posición vestibular o distovestibular y un 11% en una ubicación apical adyacente al incisivo entre las raíces de los incisivos centrales y laterales.

# Prevalencia

---

Se asocia más frecuentemente al sexo femenino que al masculino en proporciones que oscilan entre 1:1.3 y 1: 3, siendo el valor más frecuente de 1:1.5.

Brin y Becker (1986). Analizan la posición del canino superior impactado en relación al incisivo lateral anómalo o ausente, y comprueban que el 72.6% de los caninos impactados por palatino se asociaban a Maloclusiones Clase I

Peck y Peck (1994). Concluyen en su estudio que el desplazamiento vestibular del canino se debe a discrepancias dentoalveolares.

Schindel y Duffy (2007). Confirman hallazgos anteriores sobre la impactación unilateral que presenta una incidencia mayor que la impactación bilateral. El 8% de los casos de impactaciones son bilaterales y casi un 92% de los mismos son unilaterales.

- Largo periodo de desarrollo del canino
- Apiñamiento y falta de espacio en la arcada
- Retraso en la exfoliación del canino primario y su no resorción
- Hipodesarrollo del maxilar
- Herencia

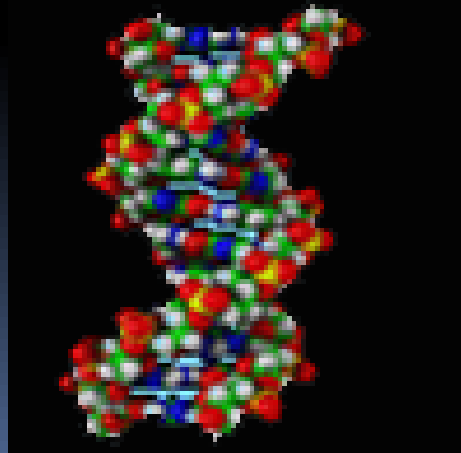


- Quistes dentígeros
- Supernumerarios
- Odontomas
- Transposiciones



<b>Condiciones asociadas a retardos en la erupción reportadas en la literatura</b>	
<b>Causas locales</b>	<b>Causas Sistémicas</b>
Barreras mucosas-cicatrices en el tejido: trauma/cirugía	Nutrición
Fibromatosis gingival/ Hiperplasia gingival	Deficiencia de Vitamina D
Dientes supernumerarios	Alteraciones Endocrinas
Tumores odontogénicos (adenomas, odontomas)	Hipotiroidismo (cretinismo)
Tumores no odontogénicos	Hipopituitarismo
Perlas de esmalte	Hipoparatiroidismo
Traumatismos en dientes primarios	Pseudohipoparatiroidismo
Perdida prematura de dientes primarios	Quimioterapia a largo plazo
Anquilosis de dientes primarios	Infecciones por VIH
Falta de resorción de dientes primarios	
Periodontitis apical de dientes primarios	Parálisis cerebral
Dientes primarios impactados	Disostoesclerosis
Odontodisplasia regional	Drogas
Erupción ectópica	Anemia
Deficiencias en la longitud de arco y patrones esqueléticos	Enfermedad Celiaca
Daño por radiación	Prematuridad, bajo peso y talla al nacer
Hendiduras palatinas	Ictiosis
Displasias odontomaxilares segmentarias	Otras condiciones sistémicas: fallas renales, exposición a cobalto/plomo u otros metales pesados, Displasia segmentaria odontomaxilar
	Alteraciones genéticas
	<i>Herencia familiar</i>
	Tabaco
	Causas idiopáticas

Peck y Peck (1994). Proponen el factor hereditario como la causa primaria en el desplazamiento y la impactación palatina del canino superior. La base genética: herencia poligénica y multifactorial de baja penetrancia y alta variabilidad, como el origen primario y a la misma se unirían factores locales y ambientales tales como: quistes, odontomas, tumores, y traumatismos.



# Complicaciones

---

## Secuelas en la impactación del canino superior:

- Malposición palatina o vestibular del diente impactado
- Migración de los dientes vecinos y pérdida de longitud de arcada
- Reabsorción radicular interna y externa
- Formación de quiste dentígeros y degeneración hacia tumores epiteliales como el ameloblastoma
- Resorción de dientes adyacentes
- Dolor e infección



# Resorción radicular externa por presión

---

Diversos tipos de presión pueden motivar la resorción dentaria:

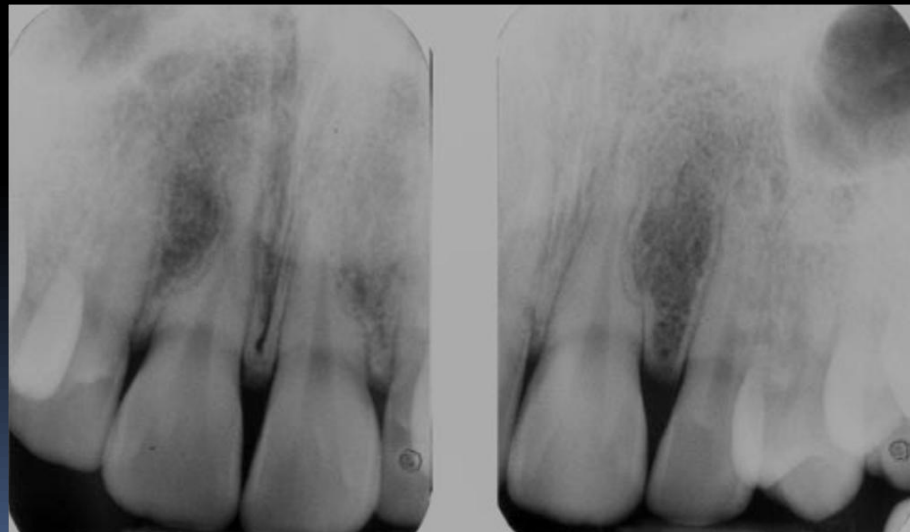
- Fuerzas ortodóncicas
- Cargas oclusales excesivas
- Dientes supernumerarios
- Impactaciones dentarias
- Tumores y quistes



La pulpa por lo general no se encuentra afectada, la resorción tiende a detenerse cuando se retira el origen de la presión. No se encuentra indicada la realización de tratamientos de endodónticos en los dientes afectados.

# Resorción radicular externa por presión

---



# Prevalencia de la resorción radicular

---

En el pasado casi la mitad de las resorciones radiculares pasaban desapercibidas en el examen radiológico convencional.

Ericson y Kuroi (1998). estudiaron 46 casos de reabsorciones de incisivos adyacentes a caninos impactados y comprobaron que aproximadamente la mitad de las reabsorciones radiculares se producían en las superficies lingual o vestibular de la raíz y escapaban a las radiografías, siendo necesario en el 37% de los casos el estudio tomográfico.

las reabsorciones radiculares debidas a la impactación de caninos superiores se producen entre los 10 y los 15 años. Pueden aparecer muy tempranamente incluso antes de los 10 años. La edad promedio es de 11 a 12 años.

La evaluación clínica comprende:

- Inspección visual
- Palpación del “sulcus labial”



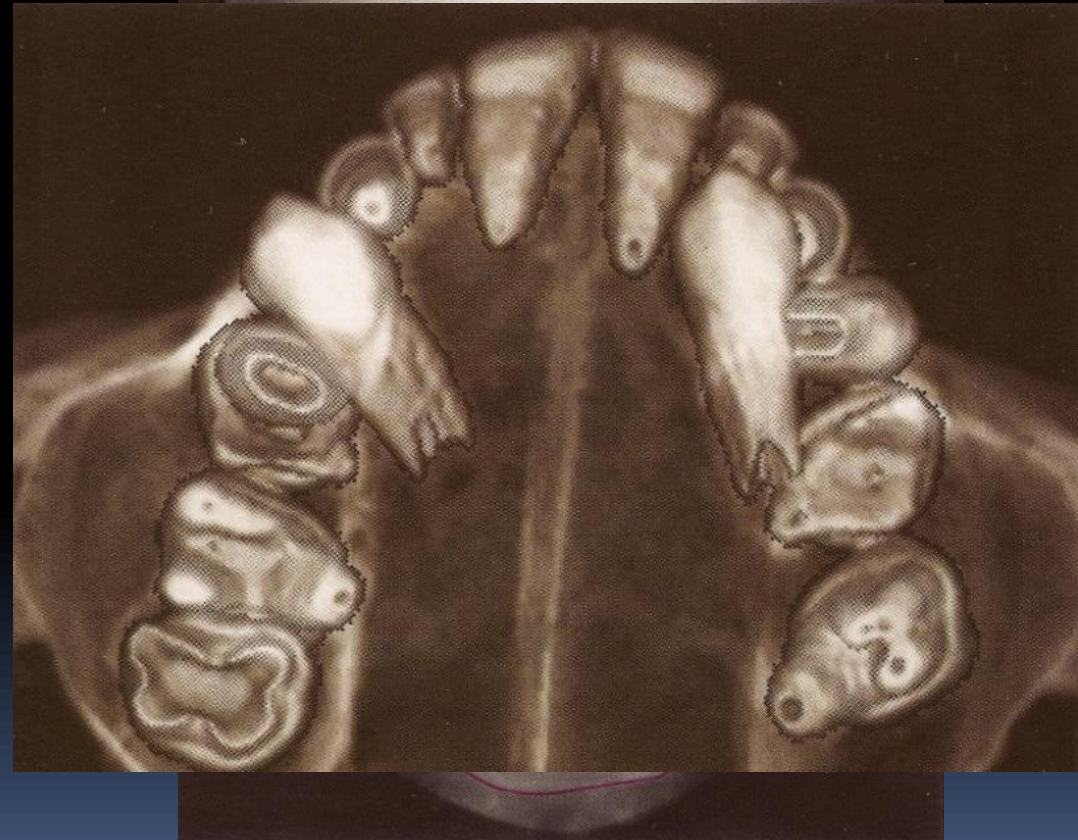
Los signos clínicos indicativos de una posible impactación, aceptados por la mayoría de los autores, son los siguientes:

- ✓ Asimetría en la palpación entre ambos lados.
- ✓ Prominencia del canino por palatino.
- ✓ Persistencia del canino primario más allá de su fecha normal de exfoliación.
- ✓ Inclinação o proclinación del incisivo lateral.
- ✓ Movilidad del incisivo lateral.

# Diagnóstico

La evaluación radiológica e imagenología comprende:

- Radiografía Periapical
- Radiografía Panorámica
- Radiografía Oclusal
- Radiografía Cefálica Lateral
- Radiografía Postero-anterior
- Tomografías



# Diagnóstico

---

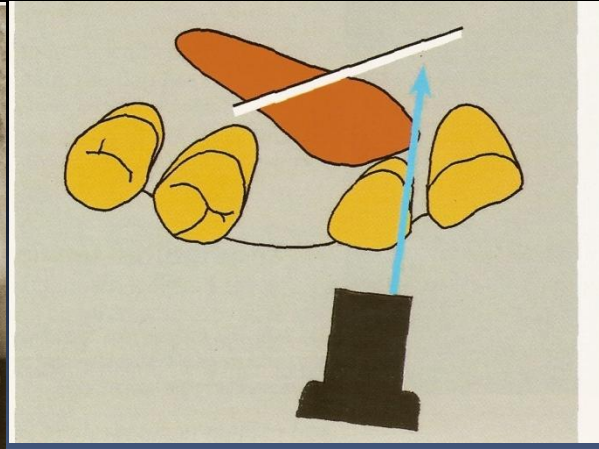
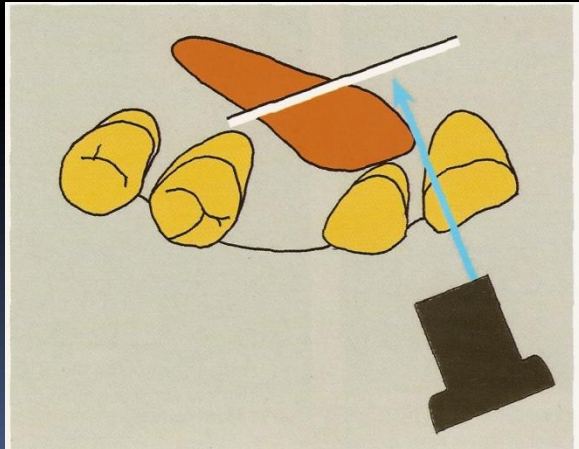
Ericson y Kuroi empleando **radiografías convencionales** en una población de 107 niños que presentaban erupción ectópica de los caninos, encontraron que la **resorción del incisivo lateral se presentó en aproximadamente 12%** de los casos, sin embargo al utilizar **imágenes de tomografías computarizadas** del maxilar encontraron que las **resorciones se encontraban presentes en un 38% de los casos en los incisivos laterales y 9% en los incisivos centrales**. En este estudio se encontró que en los casos en los cuales los caninos habían logrado erupcionar normalmente 13% de los incisivos laterales presentaba resorción radicular.

# Diagnóstico

---

Bjerklin y Bondemark, concluyen en su estudio en el que participó un grupo de ortodoncistas que evaluaron resorciones radiculares mediante el análisis de radiografías convencionales complementadas con tomografías computarizadas que los especialistas adoptaron diferentes tomas de decisiones y concluyeron que **la falta de consenso, podría tener implicaciones negativas para los pacientes.**

# Técnicas de localización radiográfica



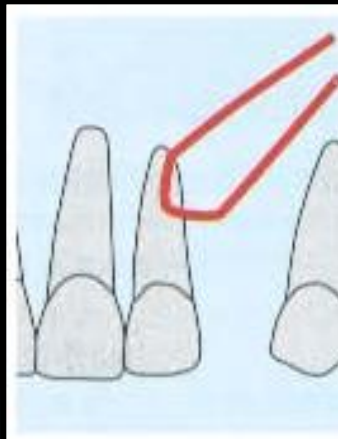


# Técnicas de localización radiográfica

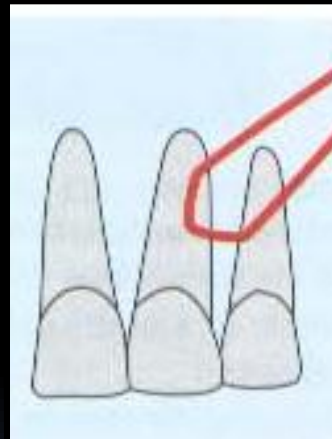
---

Regla L.I.V.O

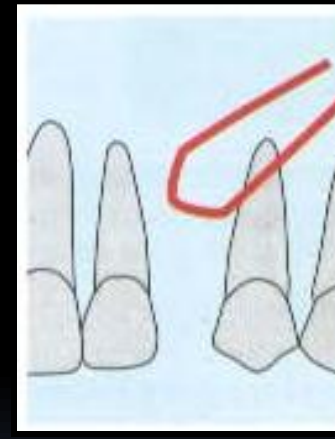
LINGUAL - IGUAL VESTIBULAR - OPUESTO



Ortoradial



mesioradial



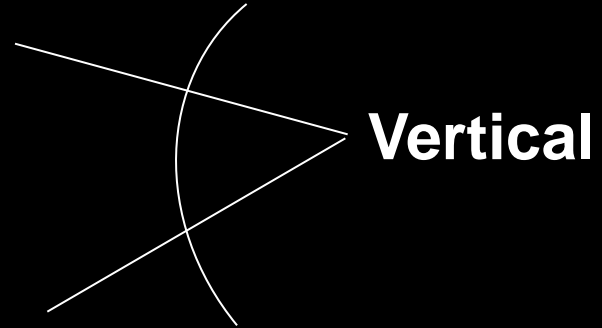
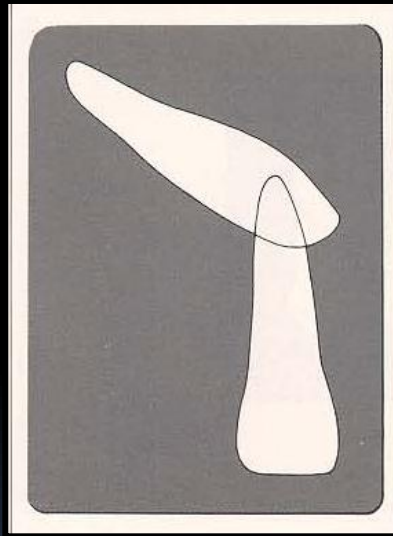
distoradial

Movimiento del diente igual al tubo

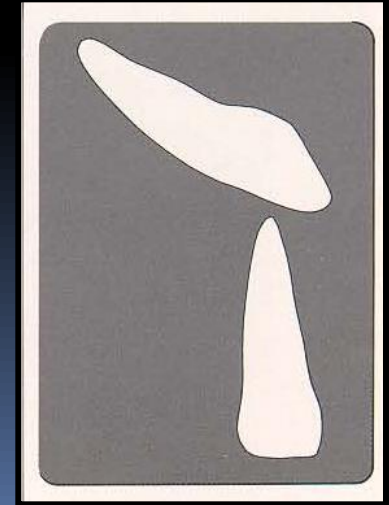
# Técnicas de localización radiográfica

1

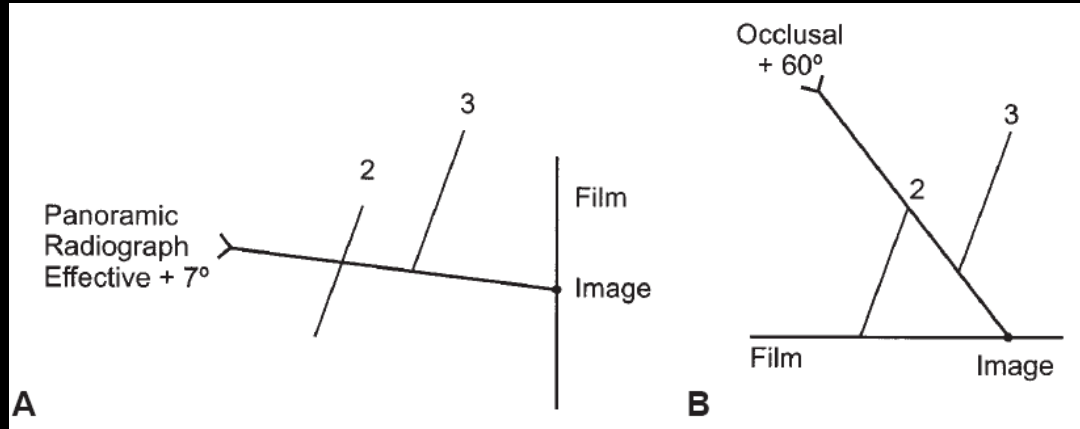
Ortoradial



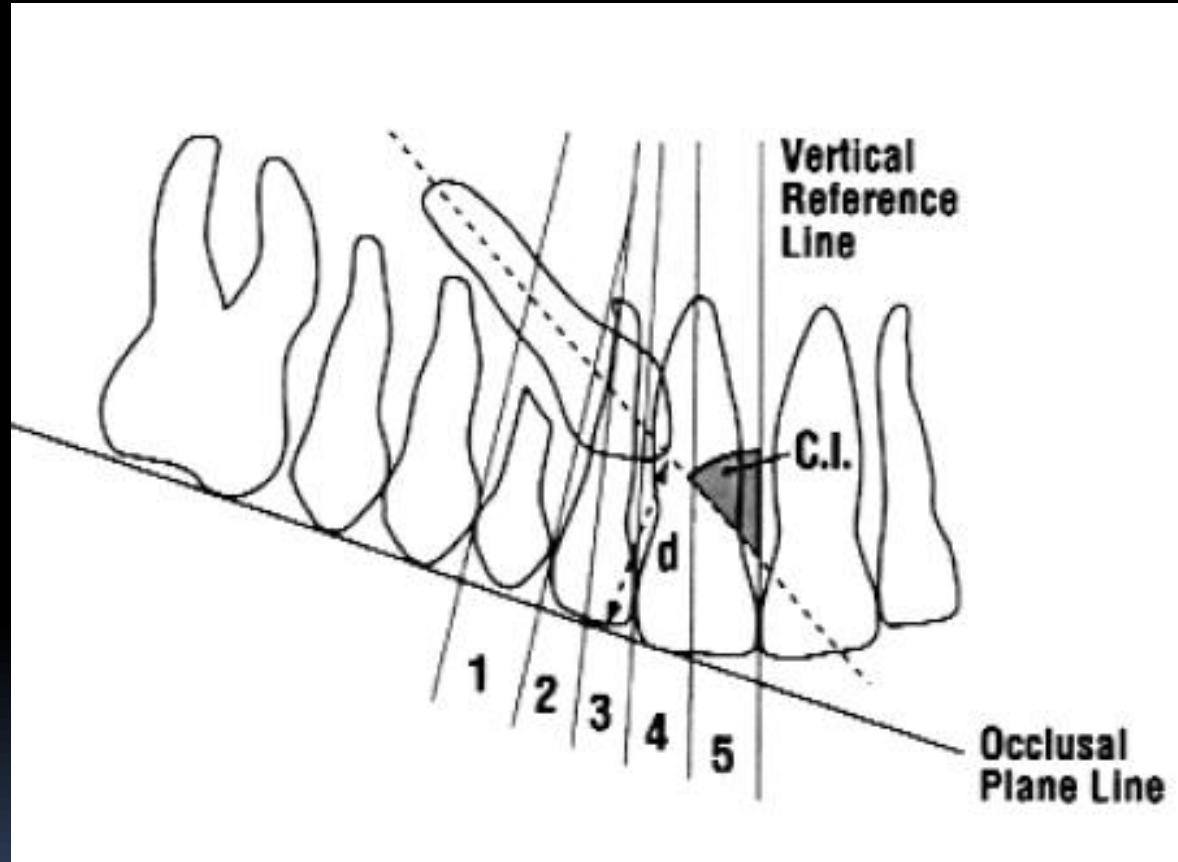
2



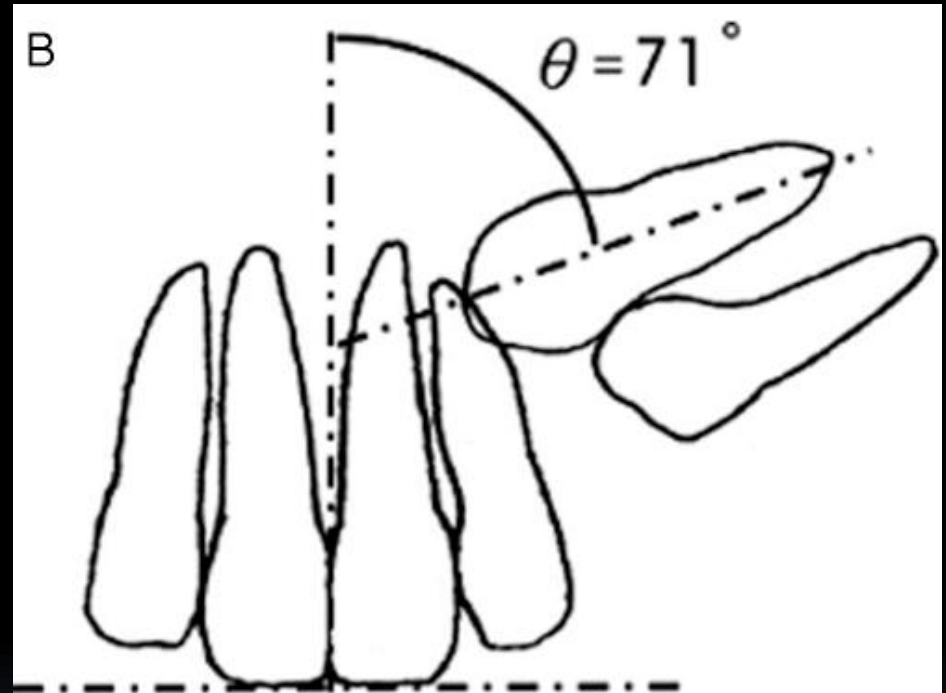
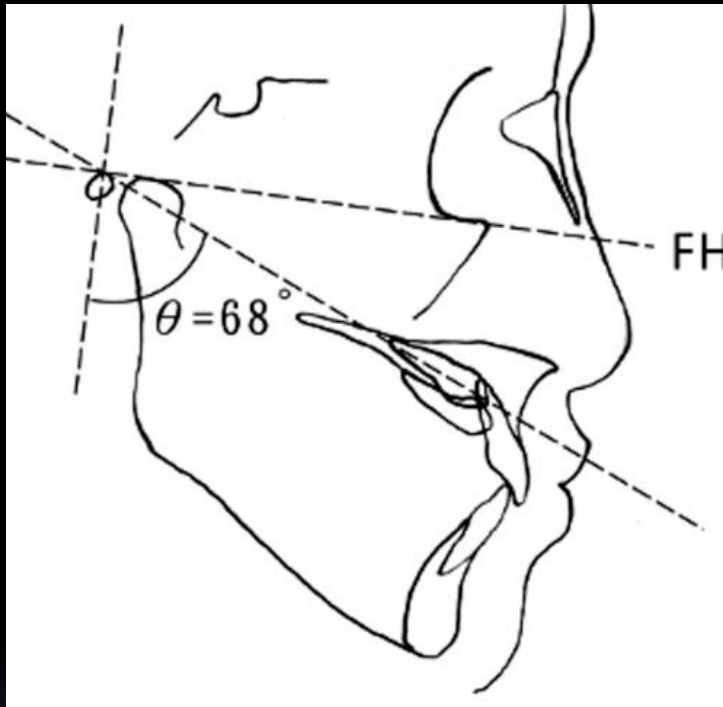
# Técnicas de localización radiográfica



# Inclinación y grado de mesialización



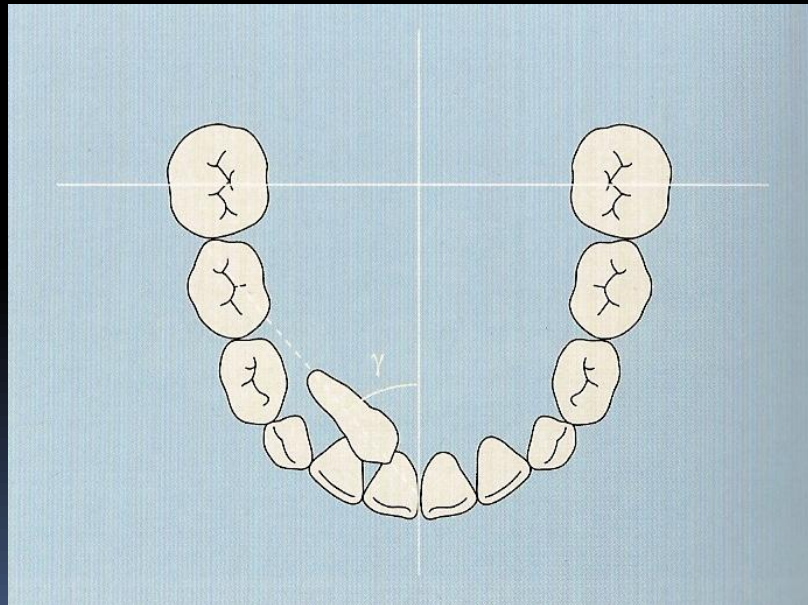
# Inclinación y grado de mesialización



10° respecto a Fh es ideal  
15° a 25° requerirán tratamiento  
25° a 45° peor pronóstico  
≥ 45° No tratable

# Inclinación y grado de mesialización

Cuando en la radiografía oclusal el ángulo que corresponde a la inclinación del canino respecto al plano medio sagital supera los  $34^\circ$ . El riesgo de resorciones radiculares de los dientes adyacentes es mayor.

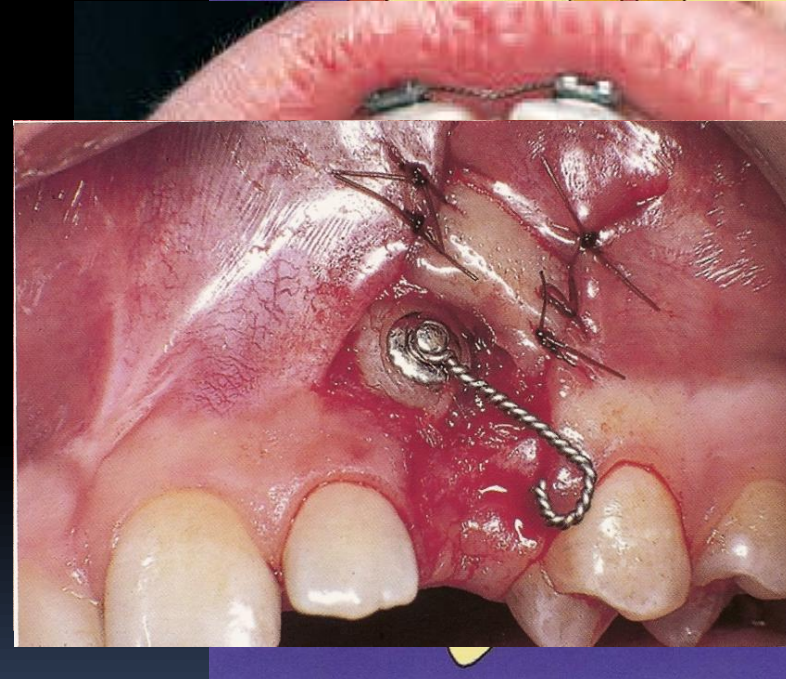


## Opciones terapéuticas:

- ✓ No realizar ningún tipo de tratamiento
- ✓ Tratamiento interceptivo
- ✓ Eliminación de un obstáculo mecánico
- ✓ Autotransplante
- ✓ Exposición quirúrgica de la corona
- ✓ Extracción del canino impactado

## Consideraciones periodontales

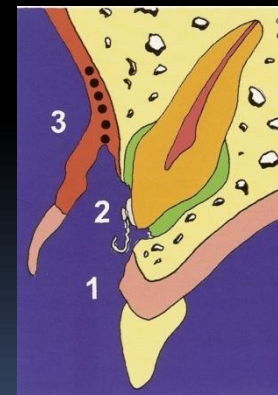
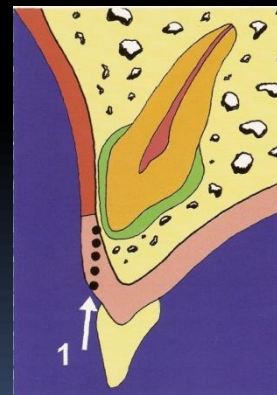
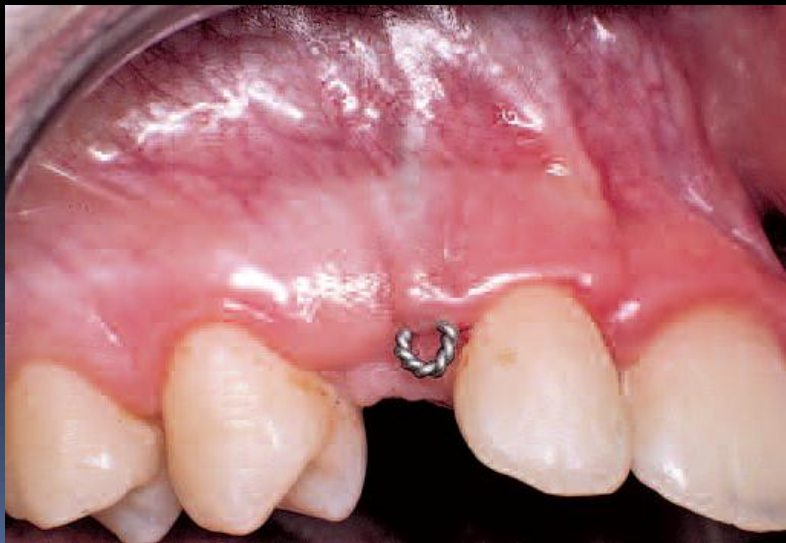
- Fenestración clásica o escisión gingival convencional.
- Colgajo vestibular de reposición completa
- Colgajo palatino de reposición completa
- Colgajo vestibular de reposición apical





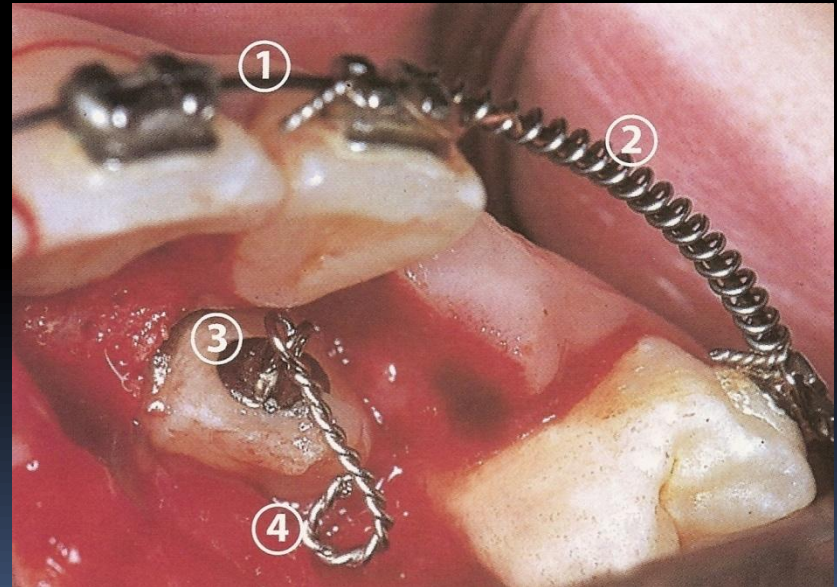
## Consideraciones periodontales

Las técnicas de erupción cerrada son consideradas por algunos investigadores como el mejor método de abordar la impactación dentaria por vestibular, particularmente si el diente se encuentra localizado por encima de la unión mucogingival o en la profundidad del alveolo donde la realización de un colgajo de reposicionamiento apical resulta dificultosa o imposible.

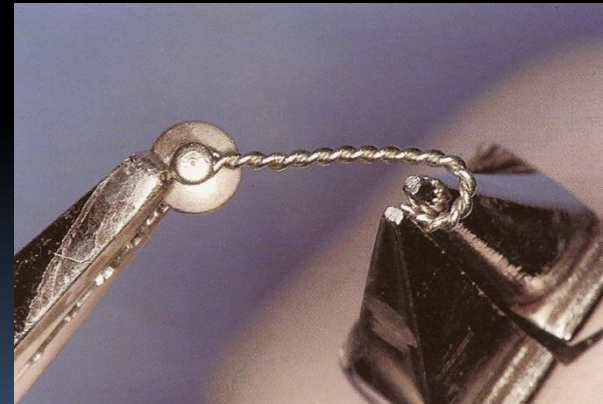
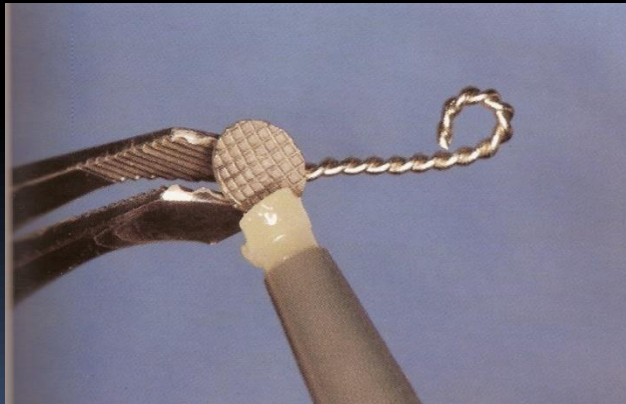
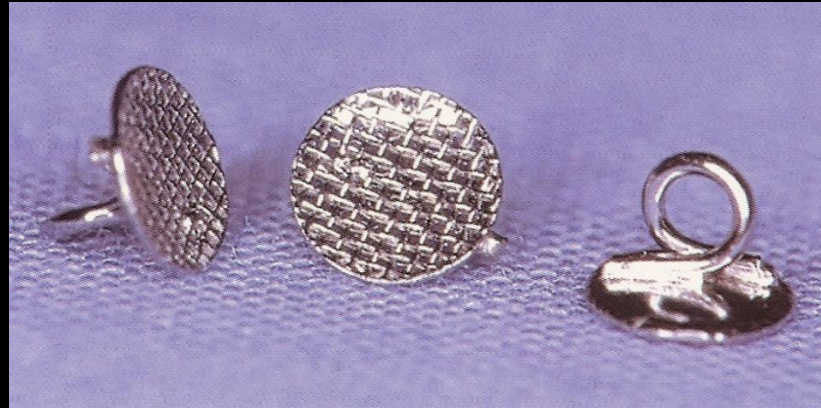


## Consideraciones biomecánicas

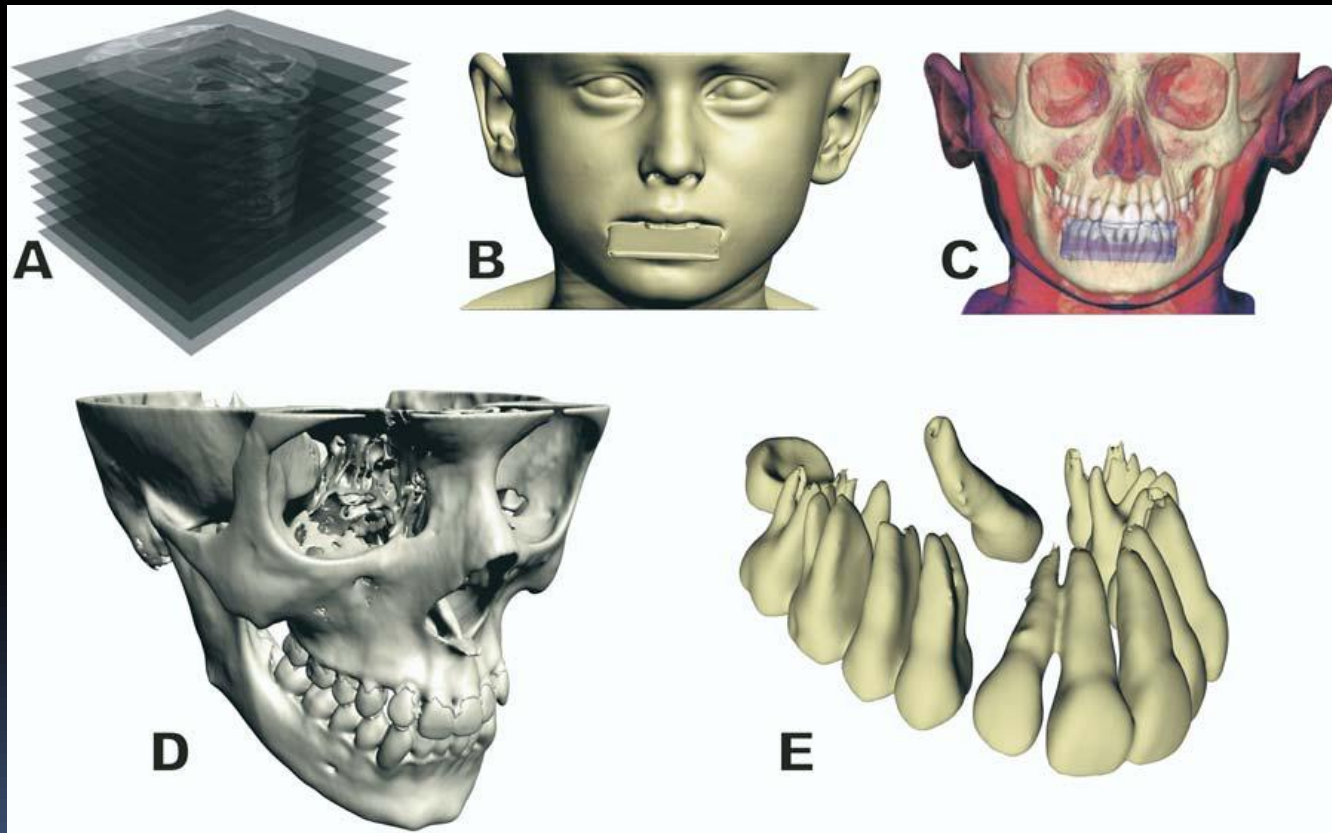
- ✓ fuerzas ligeras, no mayores de 60 g (2 onzas)
- ✓ Disponibilidad y conservación de espacio
- ✓ Calibre de los arcos
- ✓ Fuerzas de tracción constantes



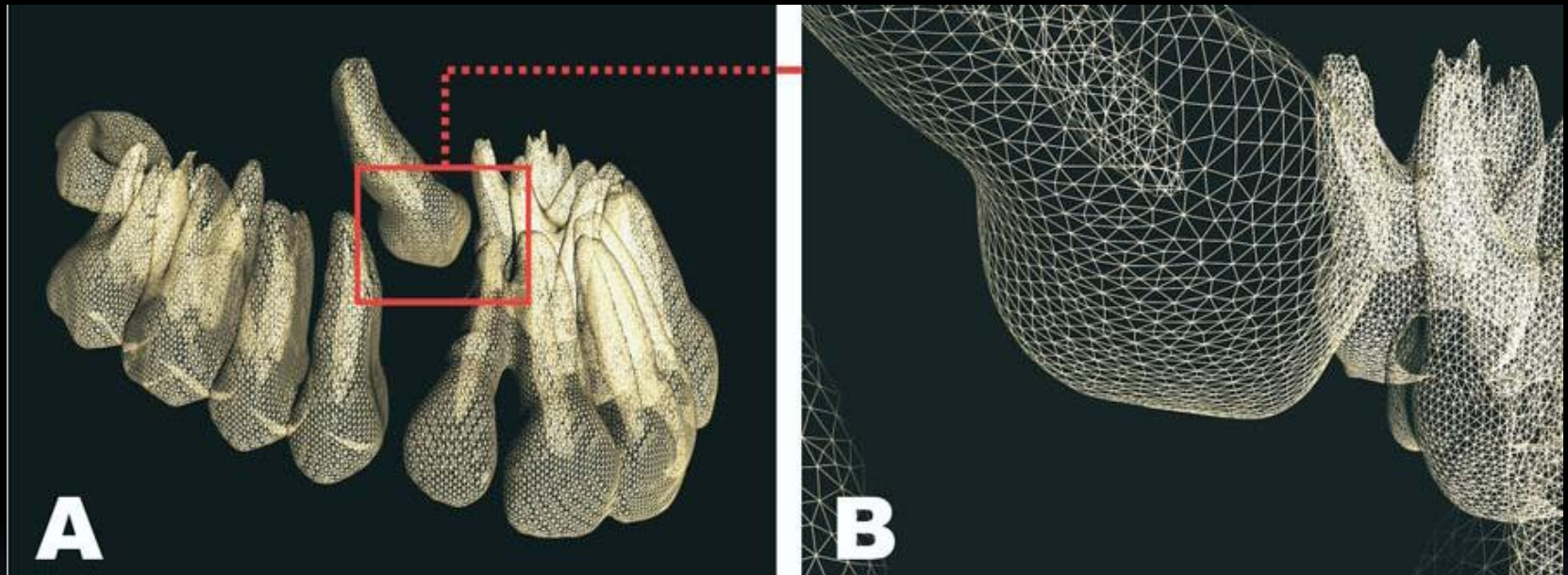
## Consideraciones biomecánicas



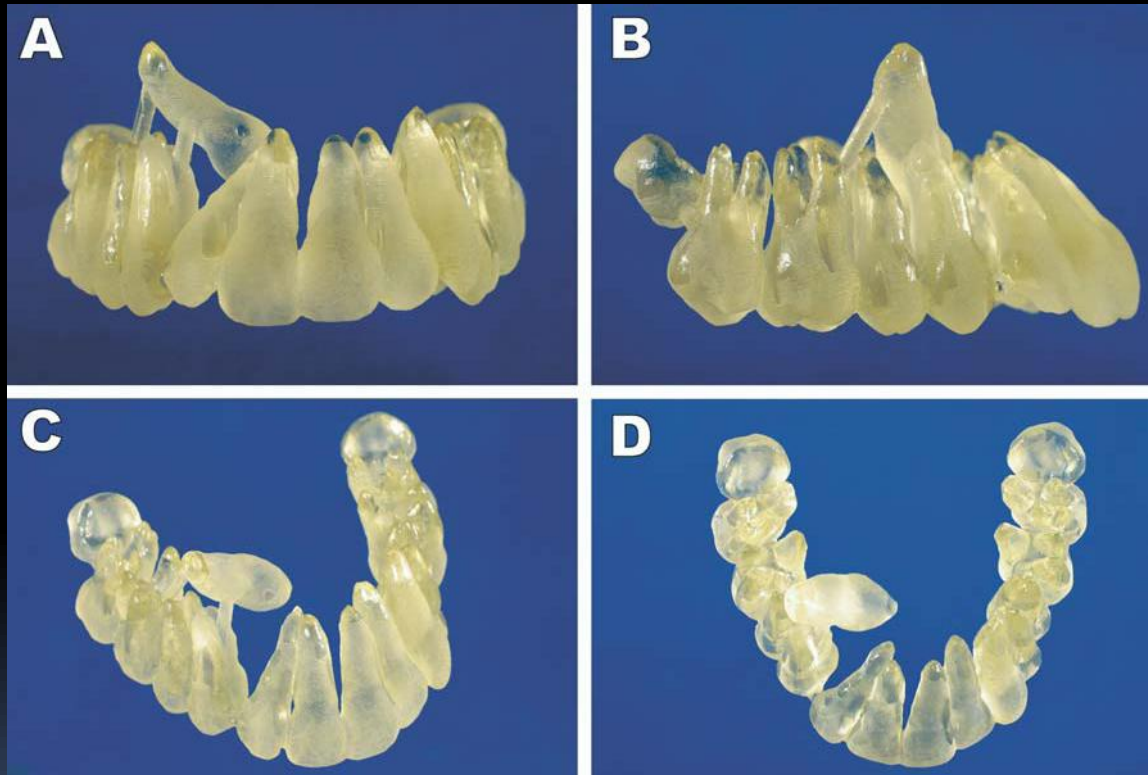
## Consideraciones biomecánicas



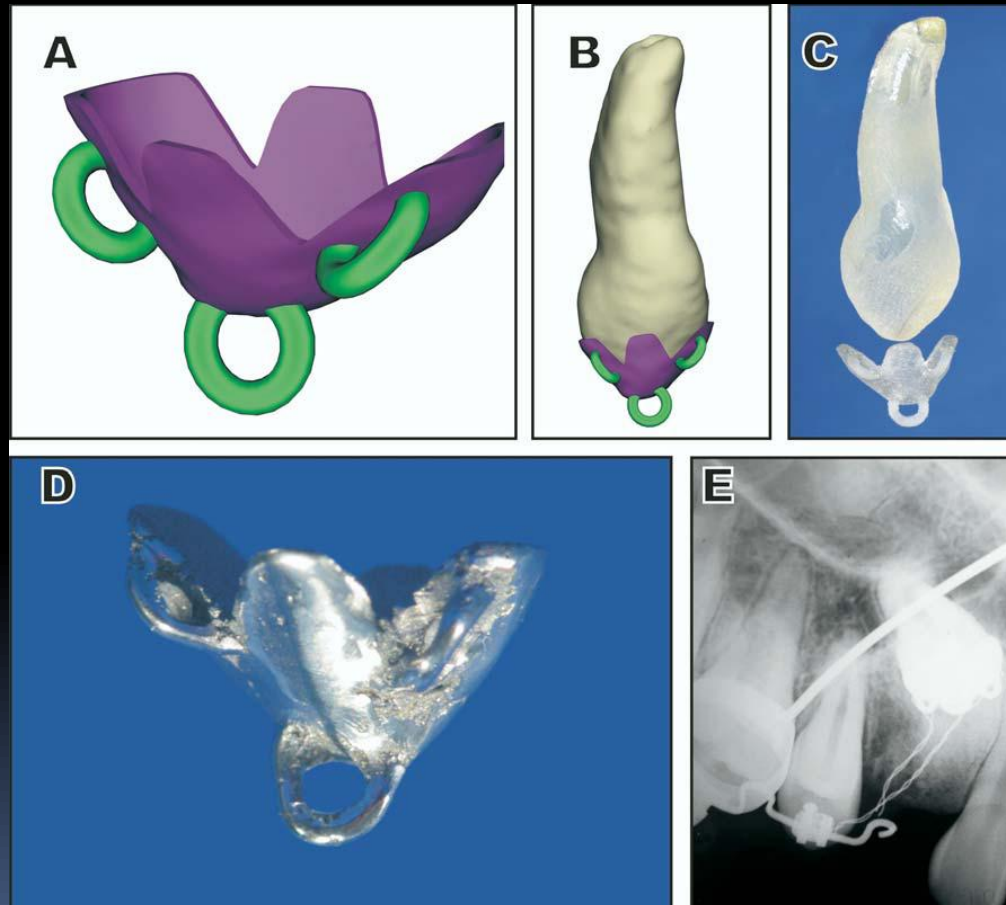
## Consideraciones biomecánicas



## Consideraciones biomecánicas



## Consideraciones biomecánicas

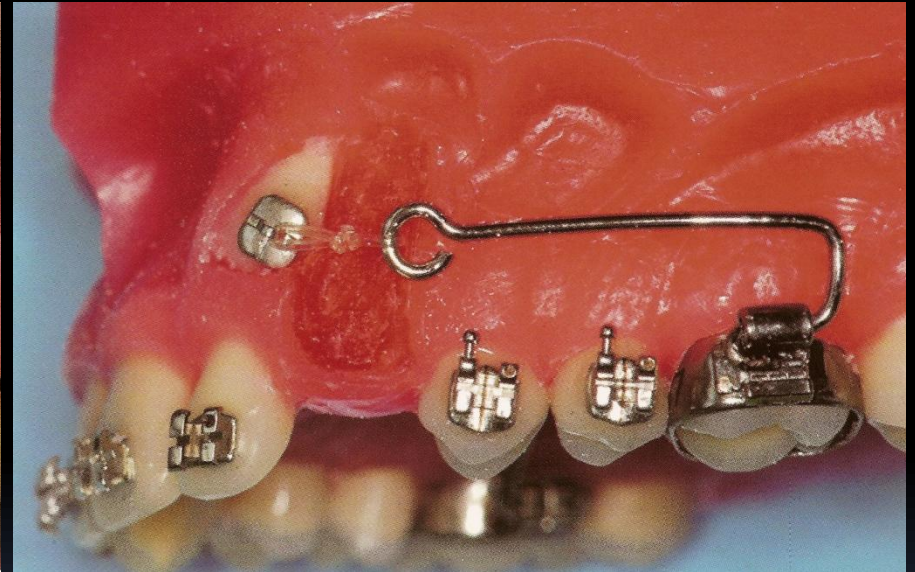


## Consideraciones biomecánicas





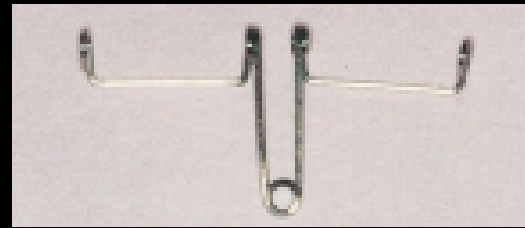
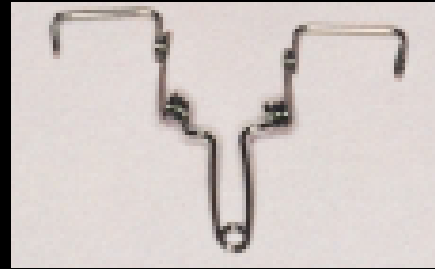
## Impactación vestibular



## Impactación vestibular



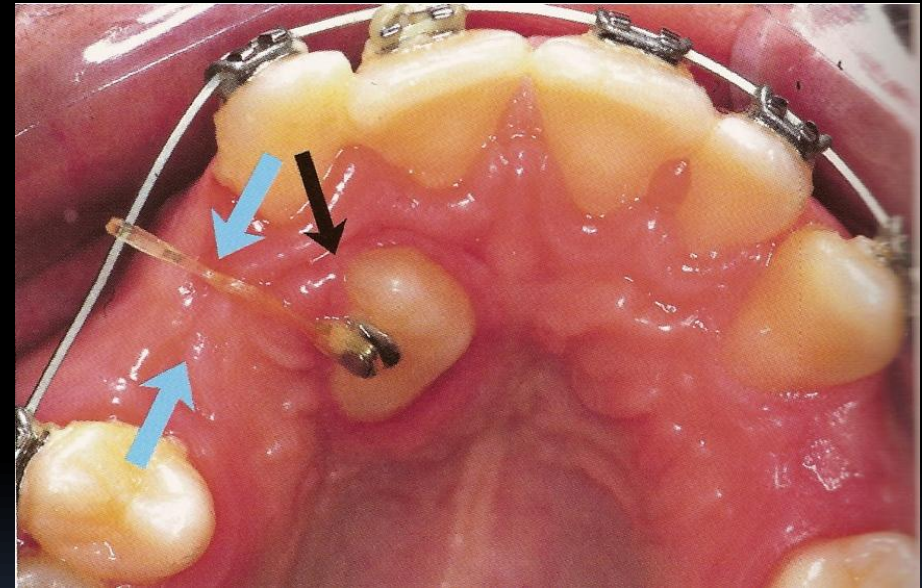
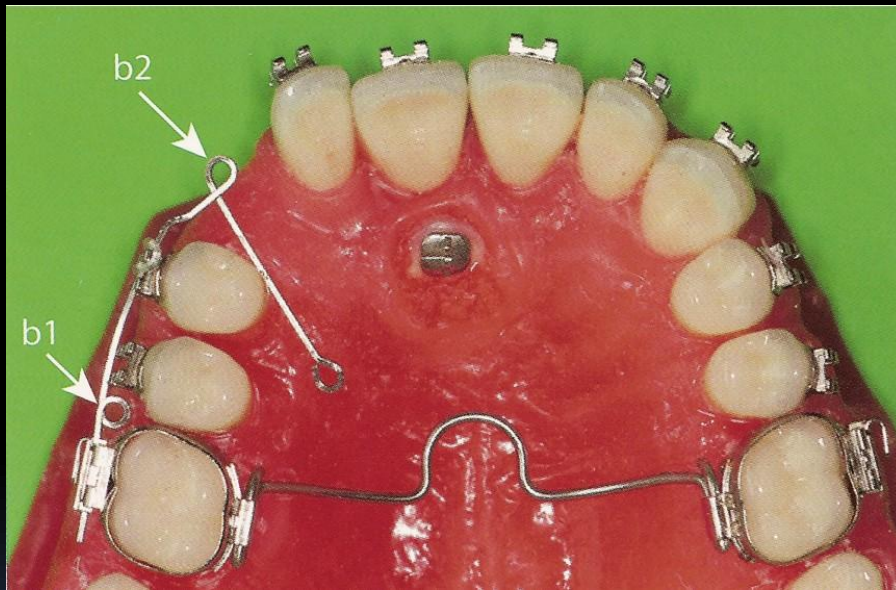
## Impactación palatina



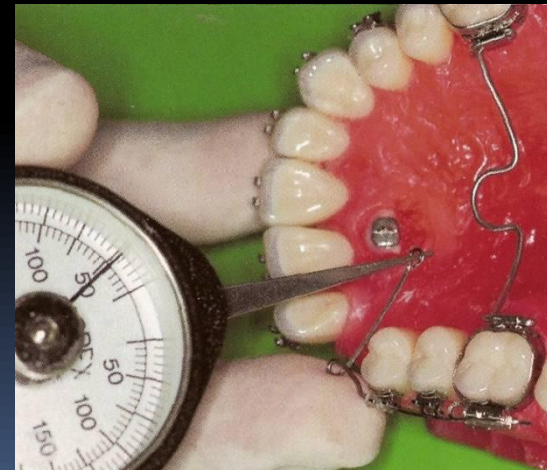
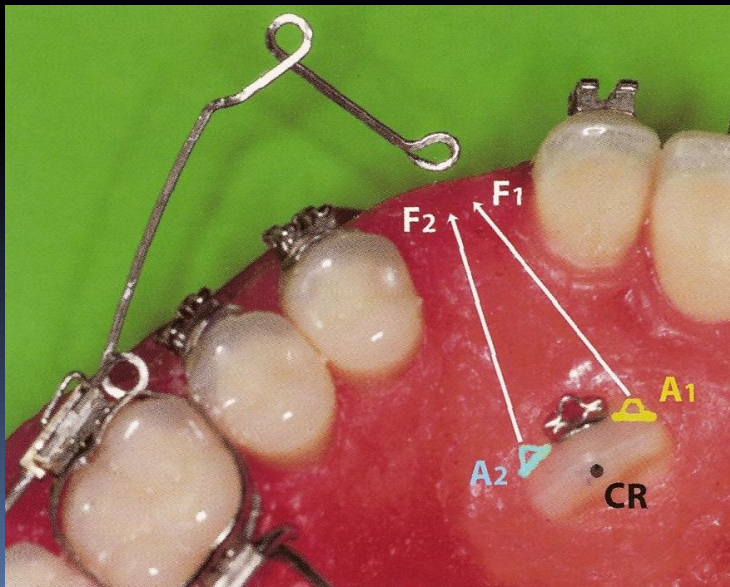
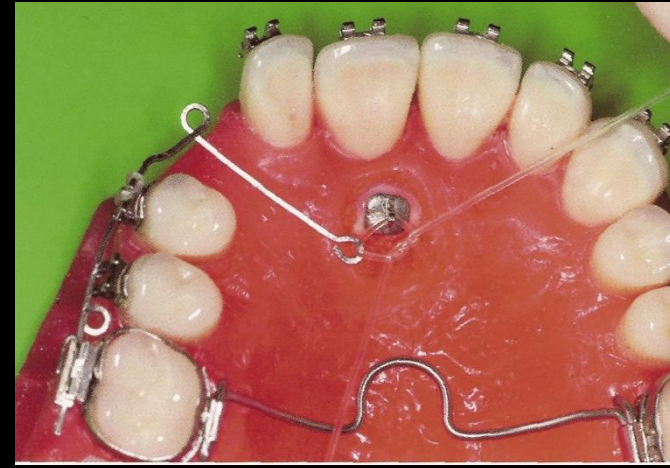
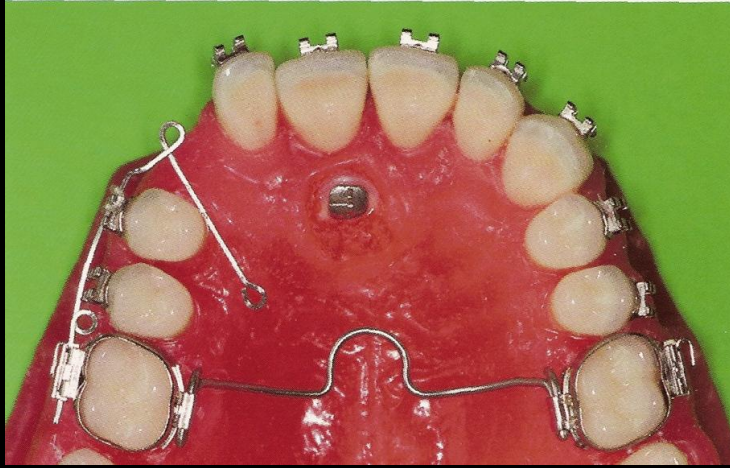
## Impactación palatina



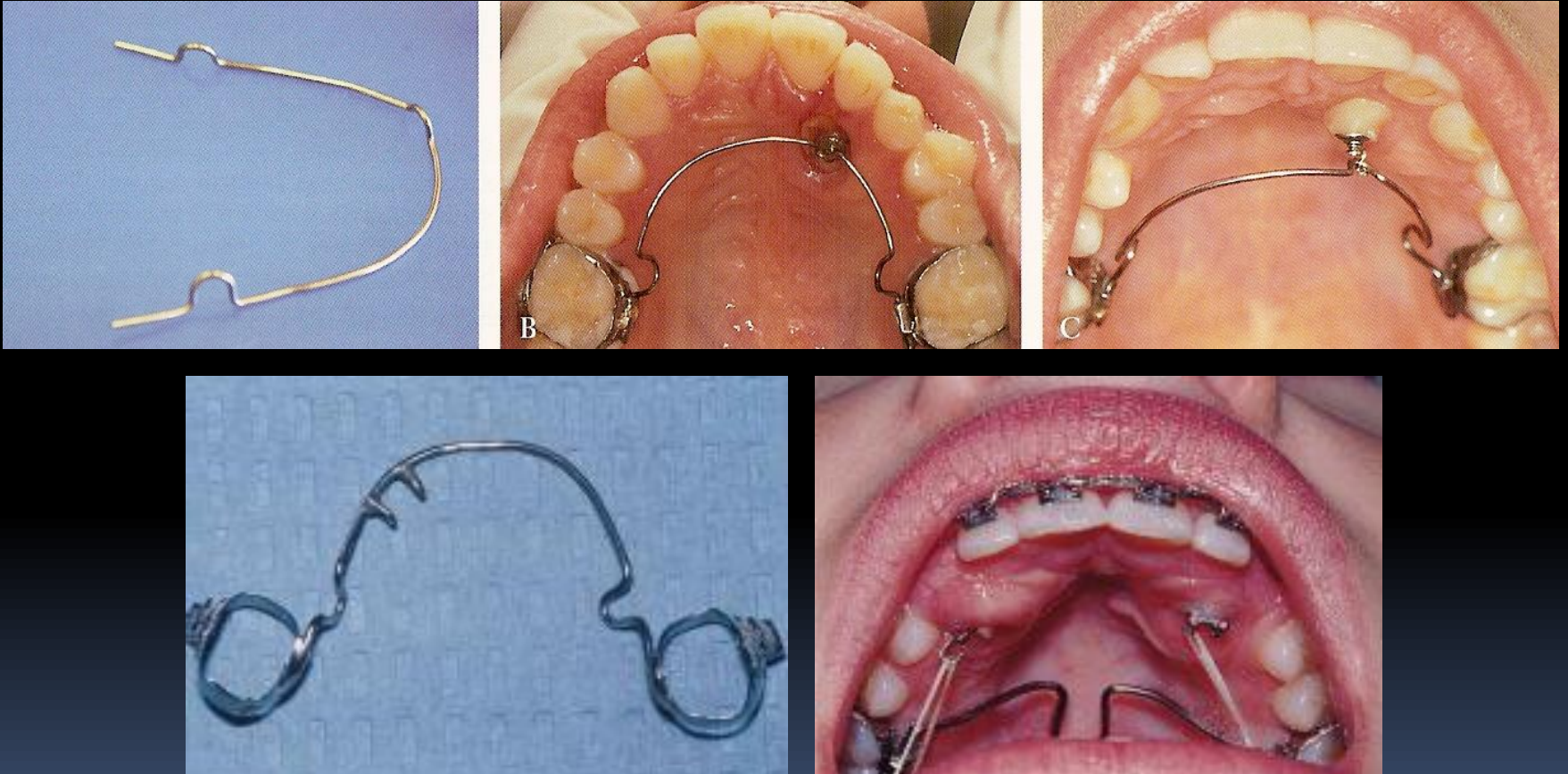
## Impactación palatina



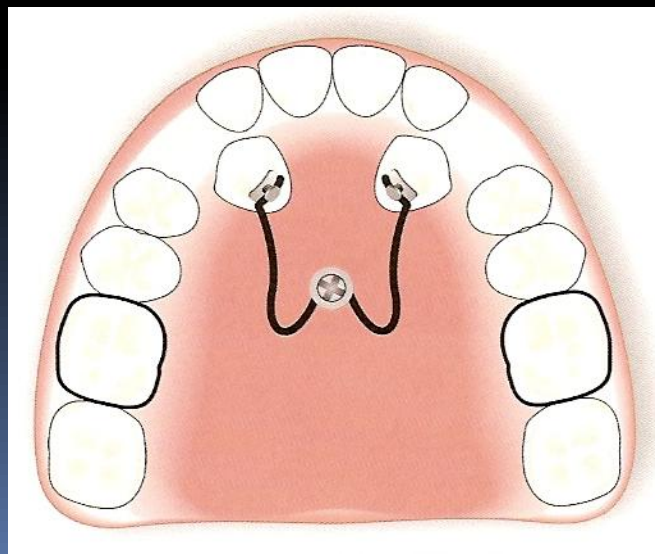
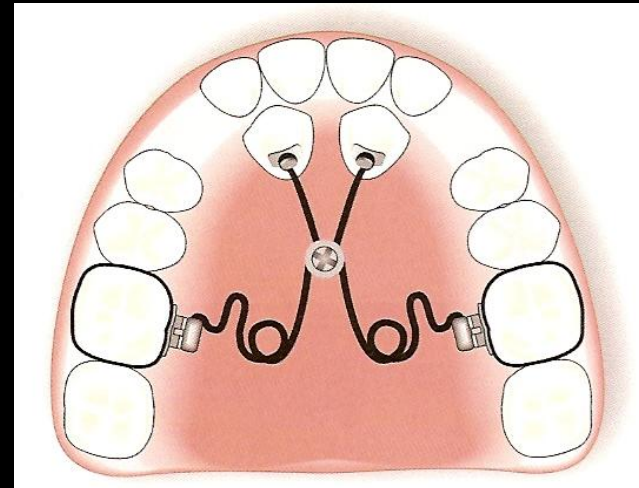
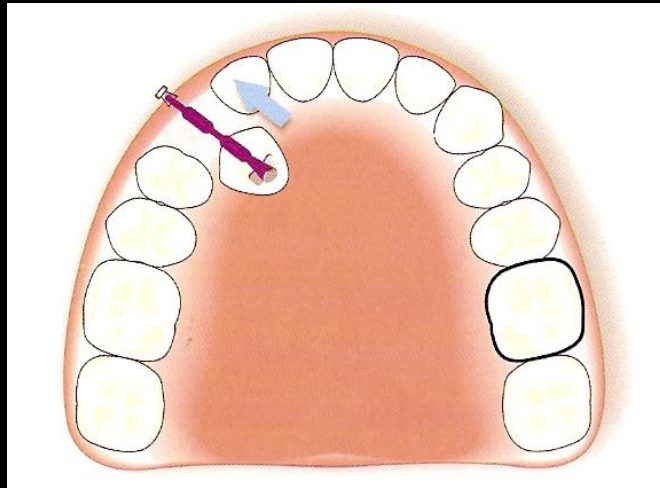
## Impactación palatina



## Impactación palatina



## Impactación palatina





# Reporte de Casos

# Datos del Paciente

---

Nombres: Milagros

Apellidos: González

Edad: 17 años

H.C. N°: 22-44-88

Caso N°: 5266

**Duración del Tratamiento: 23 meses**

Estudiante: Humberto Jiménez

Tutor: Dra. Irama Rojas y Roraima de Longabardi

Fecha: 10/05/07



# **EXAMEN INTRABUCAL**









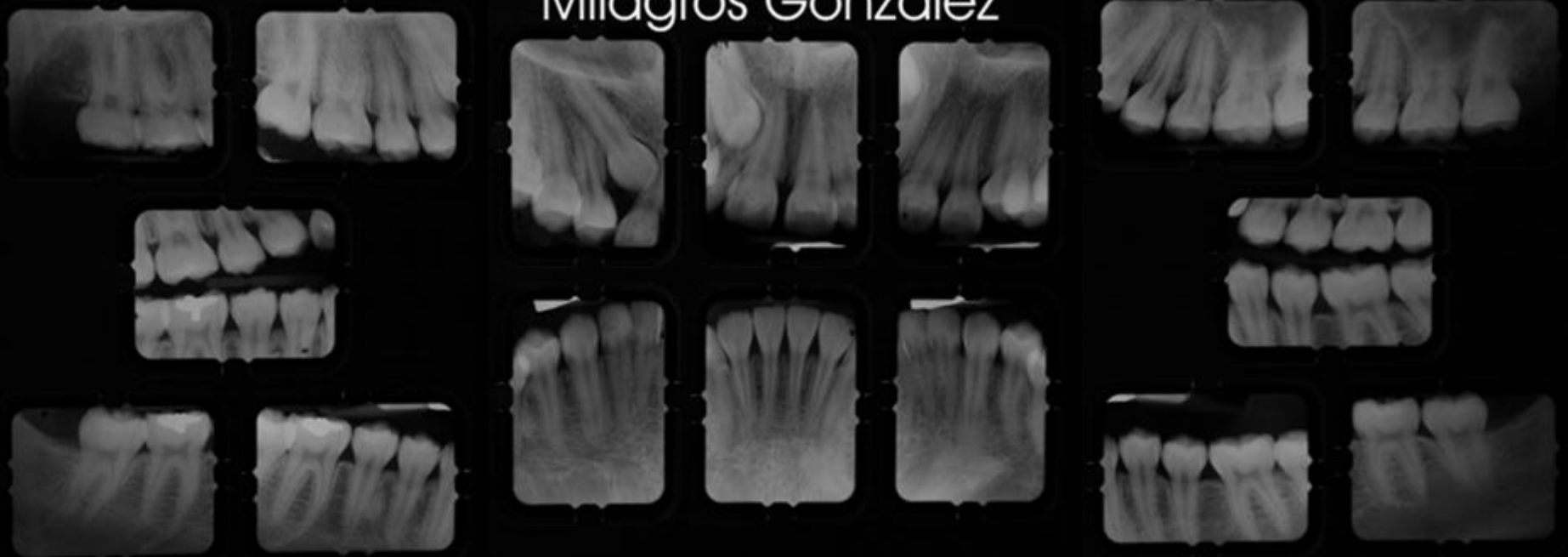


# Panorámica



# Periapicales

Milagros Gonzalez



# Cefálica lateral

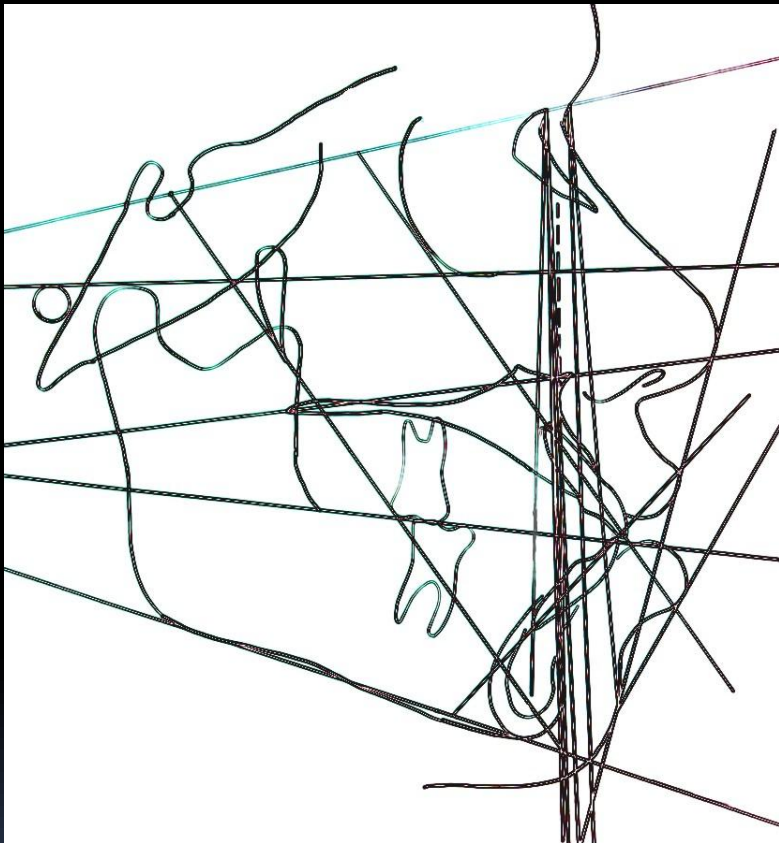


# Análisis UCV



Rel. Estructuras	Medidas	Promedio	Paciente
Max. Sup / Cráneo	S.N.A.	82°	80°
Max. Inf / Cráneo	S.N.B.	80°	79°
	Ang. Facial.	87°	91°
	S.N.D.	76°/77°	76°
Max. Sup / Max. Inf	A.N.B.	2°	1°
	N.A.P	0°	1°
Dent. Sup / Dent. Inf	1 a 1	135°	102°
	NS. OP	12° a 22°	19°
Pos. Inc. Sup	1 NS	103°	112°
	1 NA (°)	22°	32°
	1 NA (mm)	4 mm	11mm
	1 NP (mm)	3.5 mm	13mm
Posc. Inc. Inf	1 PI. Mand.	90°	115°
	1 NB (°)	25°	44°
	1 NB (mm)	4 mm	12mm
	1 NP (mm)	3 mm	11mm

# Análisis UCV



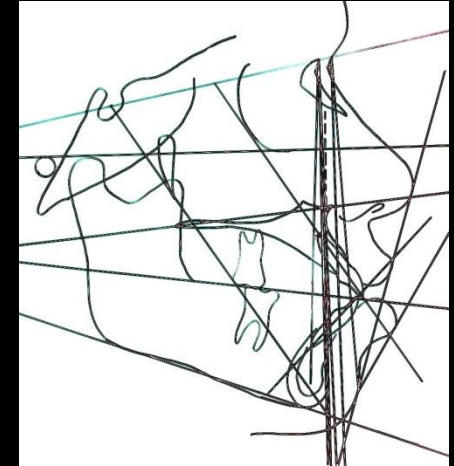
Rel. Estructuras	Medidas	Promedio	Paciente
Prop. Faciales	NS.Gn	67°	73°
	NS. Pl. Mand.	32°	30°
	Fh. Pl. Mand.	24°	20°
Patrón Facial	Ang. H	8°	20°
	Ang. Z	83°	58°
	Línea E	Sup. - 4 mm	-1mm
		Inf. - 2 mm	+7mm
Meridiano	0 mm	+8 mm	

# Diagnóstico

- Esquelético: Clase I

Biprotrusion dentaria

- Dentario: Clase I tipo I-III-IV-V



# Lista de problemas

- Mordida cruzada posterior
- Mordida cruzada anterior
- Mordida abierta
- Biprotrusion dentaria
- Canino superior derecho retenido
- Canino superior izquierdo en vestibuloversión
- Línea media superior desviada
- Diastemas superiores
- Relación molar clase II unilateral
- Hábito Protrusión lingual en la dicción y al deglutir
- Overjet disminuido
- Overbite negativo



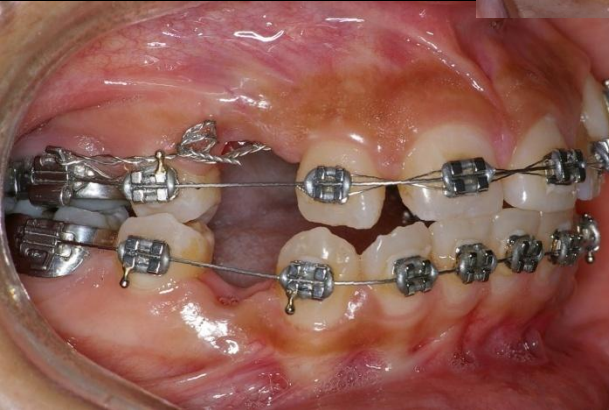
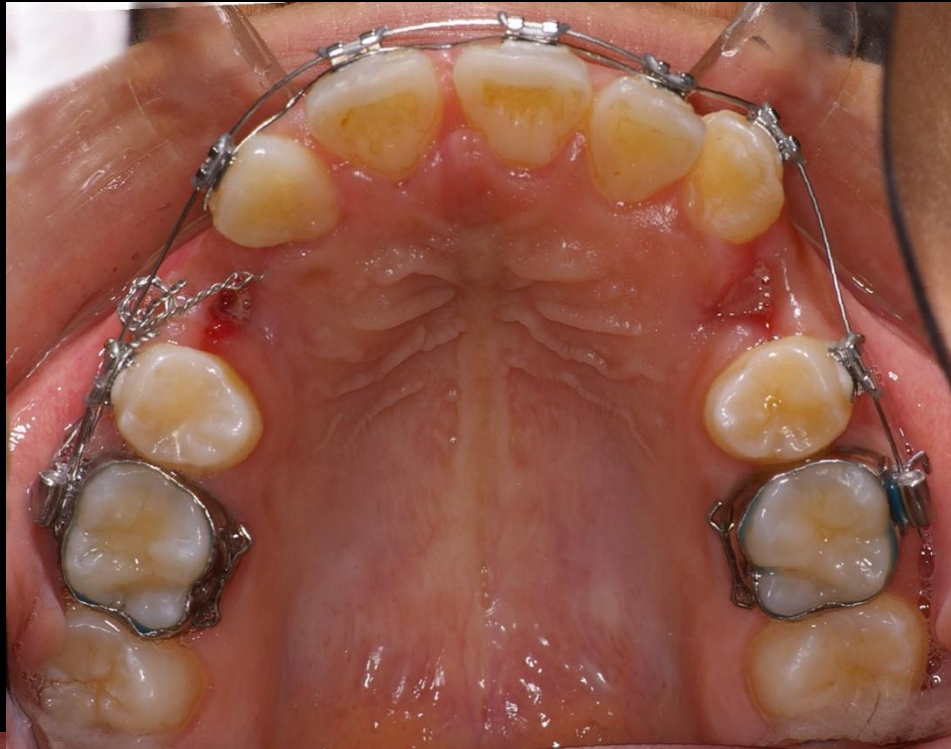
# Plan de tratamiento



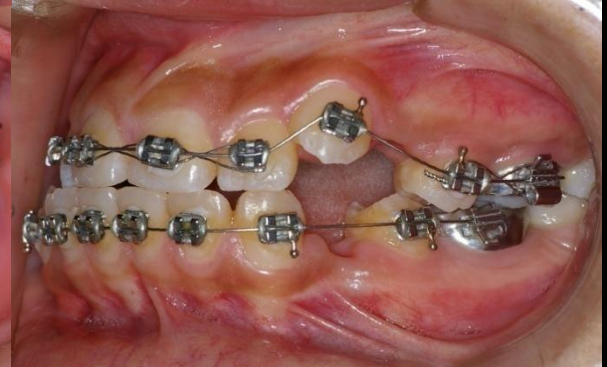
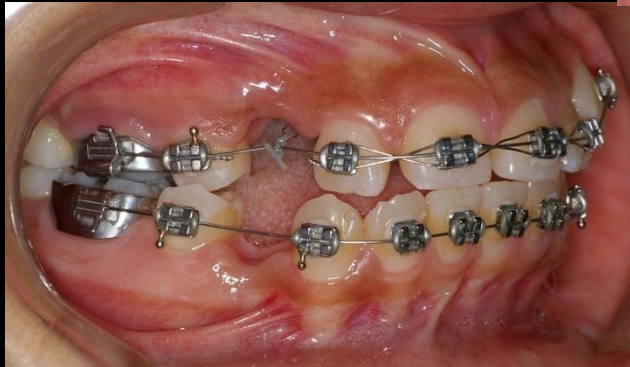
- Extracción de los cuatro primeros bicuspides y colocación de botón en el 13.
- Nivelación (corrección de mordida cruzada posterior).
- Tracción ortodoncica del canino retenido.
- Distalización de caninos.
- Retracción anterior superior e inferior
- Renivelación
- Retención y control de los hábitos linguales



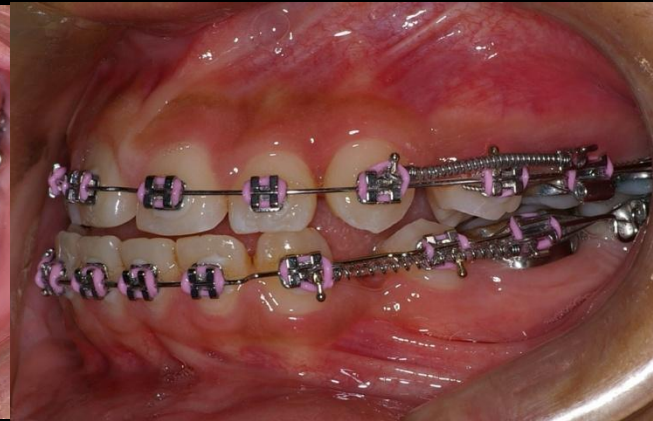
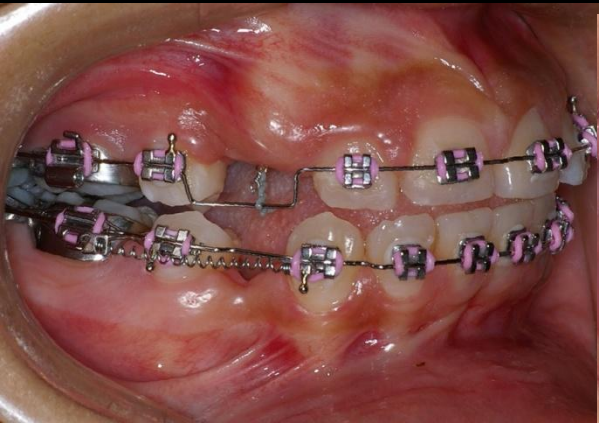
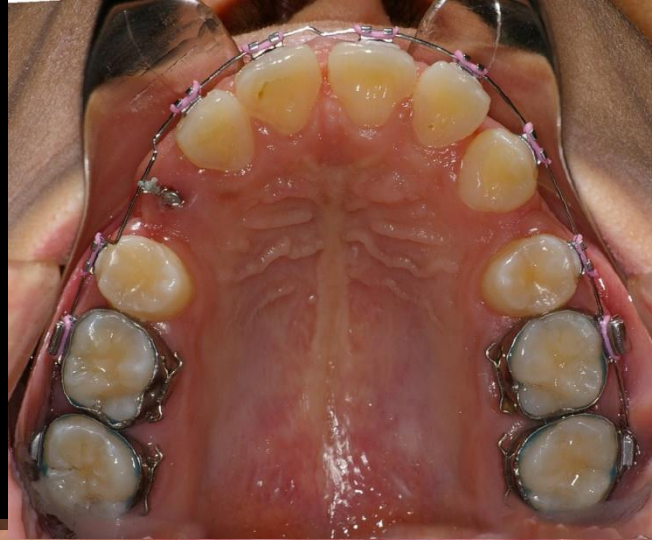
26/04/06



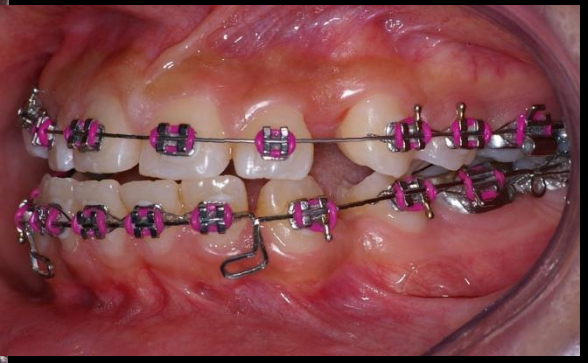
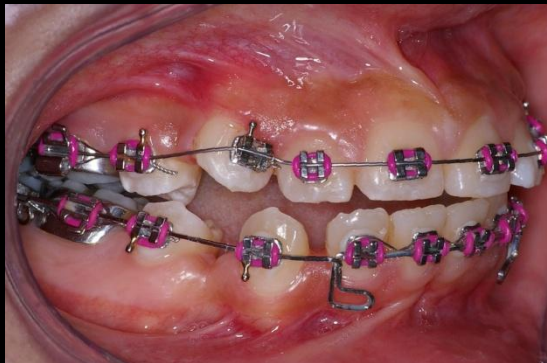
14/06/2006



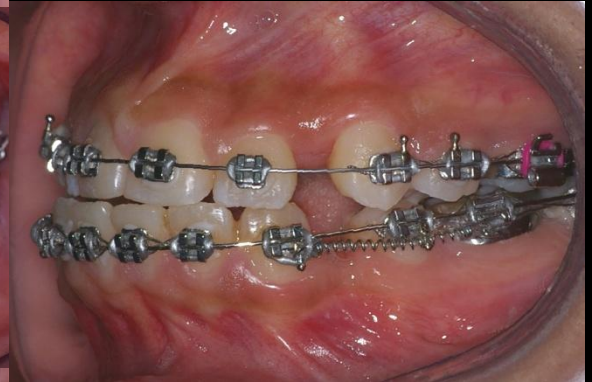
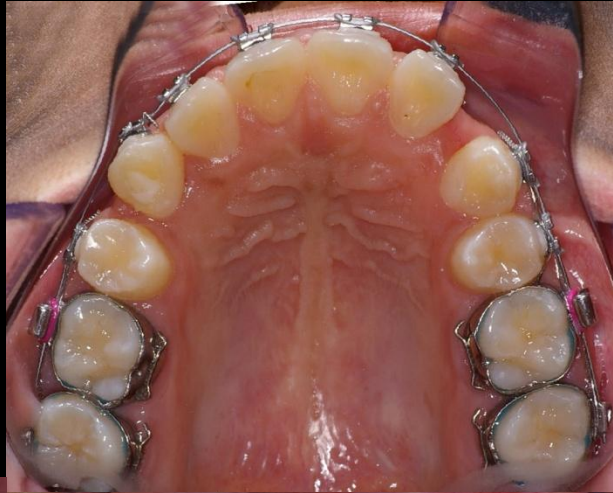
27/11/2006



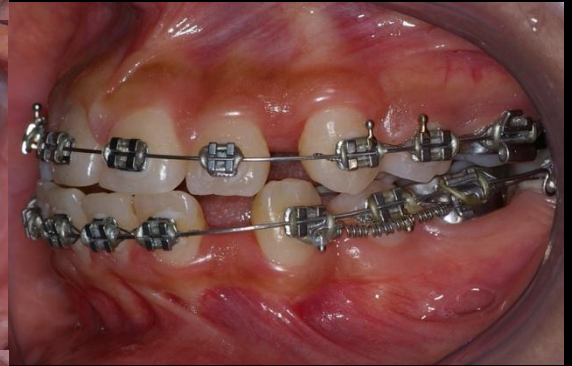
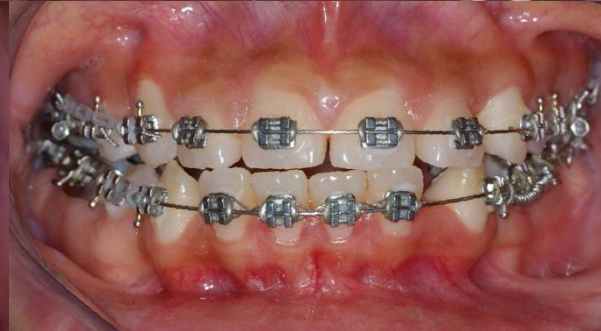
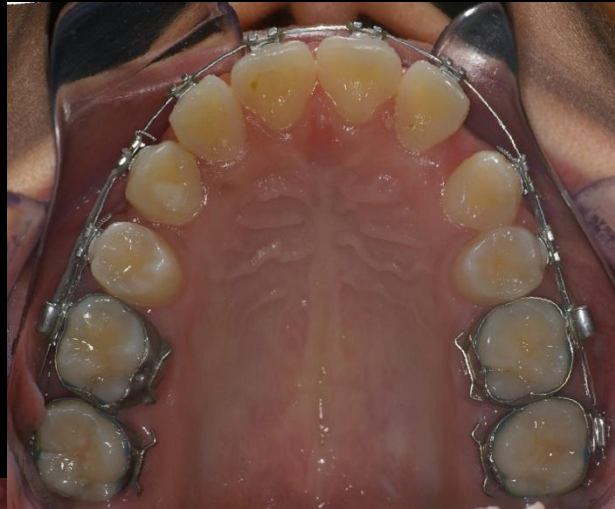
20/01/2007



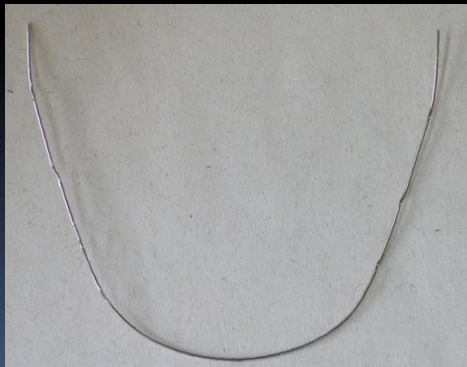
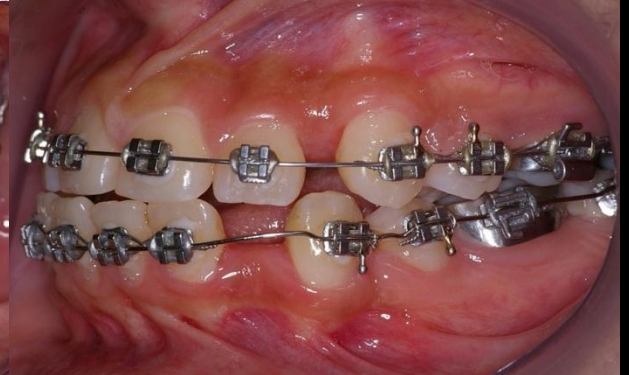
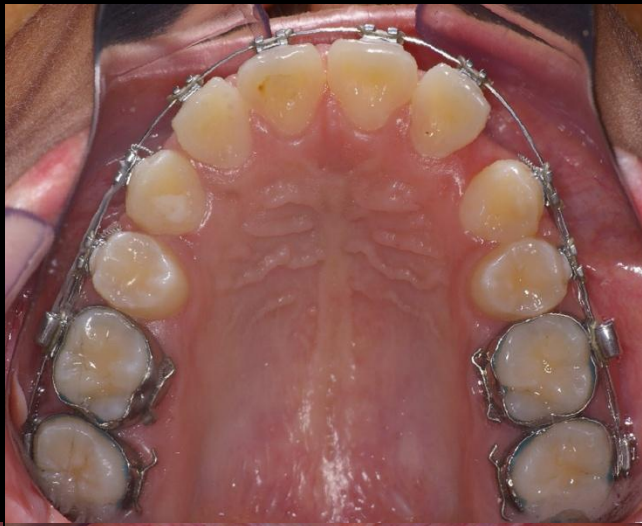
25/02/2007



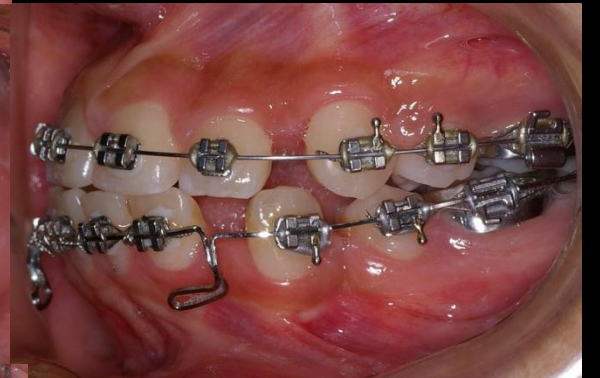
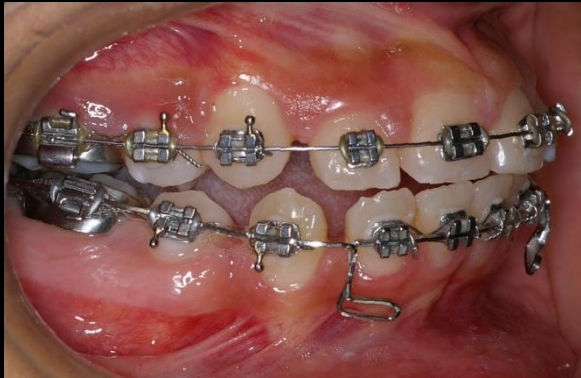
25/04/2007



12/05/2007

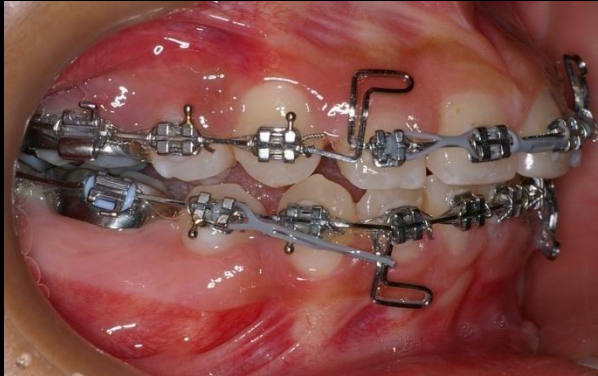


10/06/2007

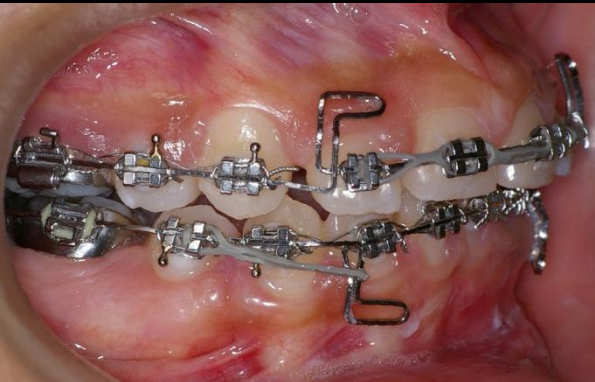




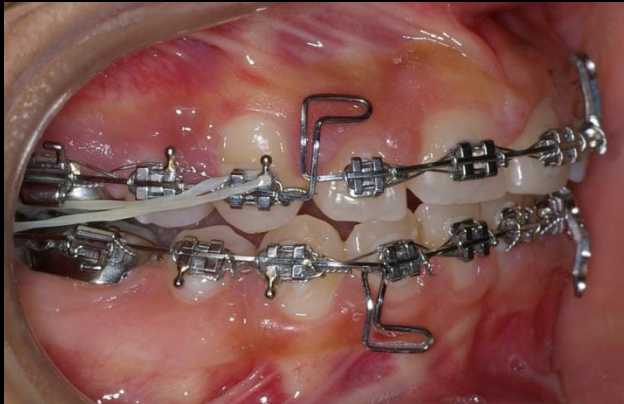
12/07/2007



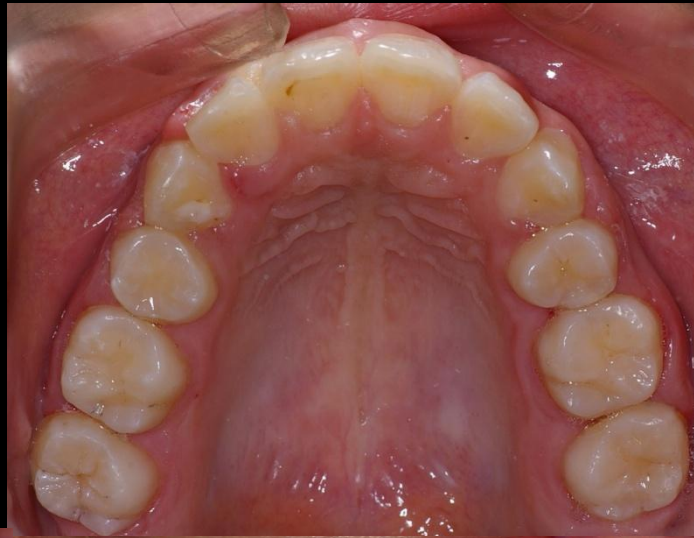
12/08/2007



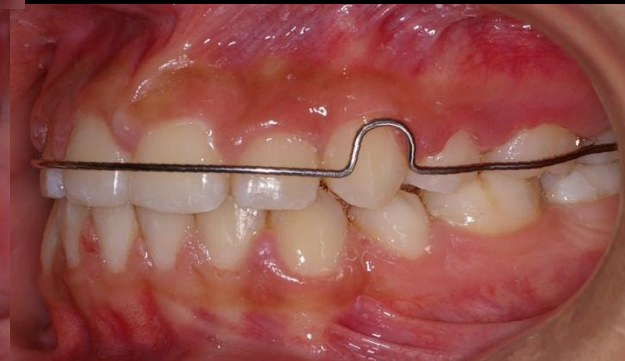
20/10/2007



12/12/2007



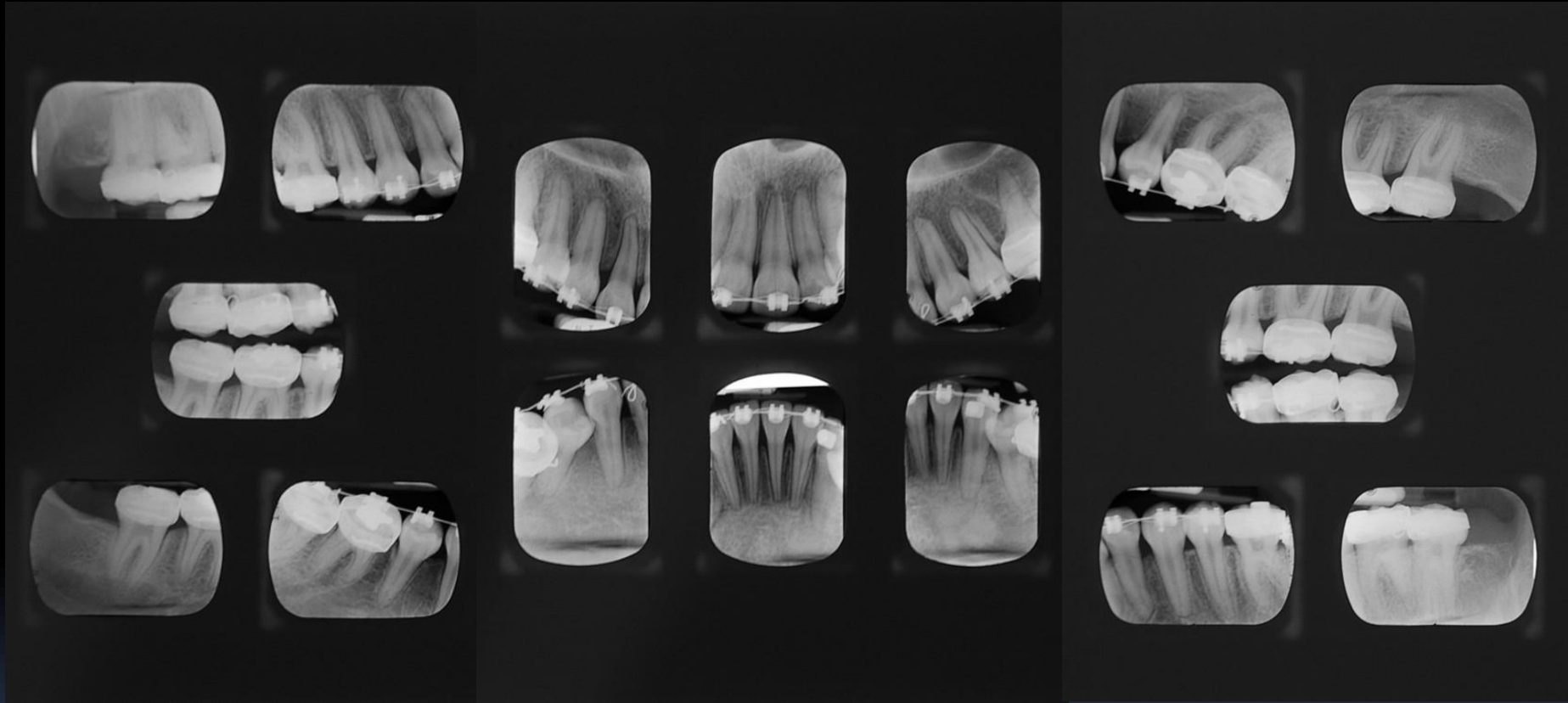
12/12/2007



# PANORÁMICA



# PERIAPICALES

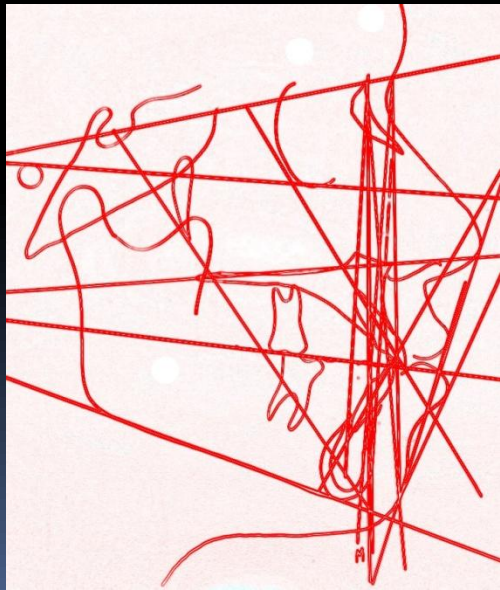
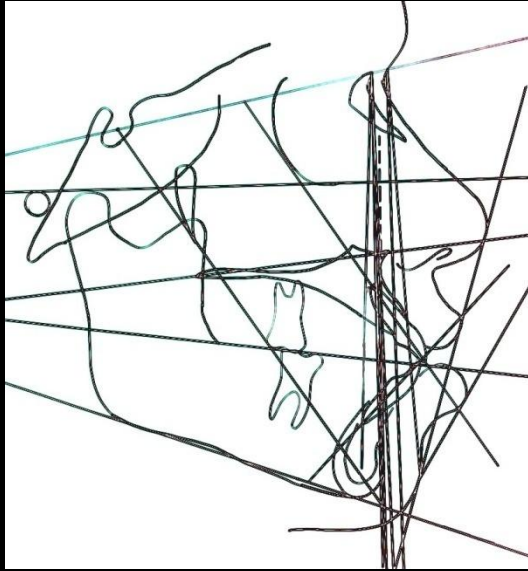


# CEFALICA LATERAL



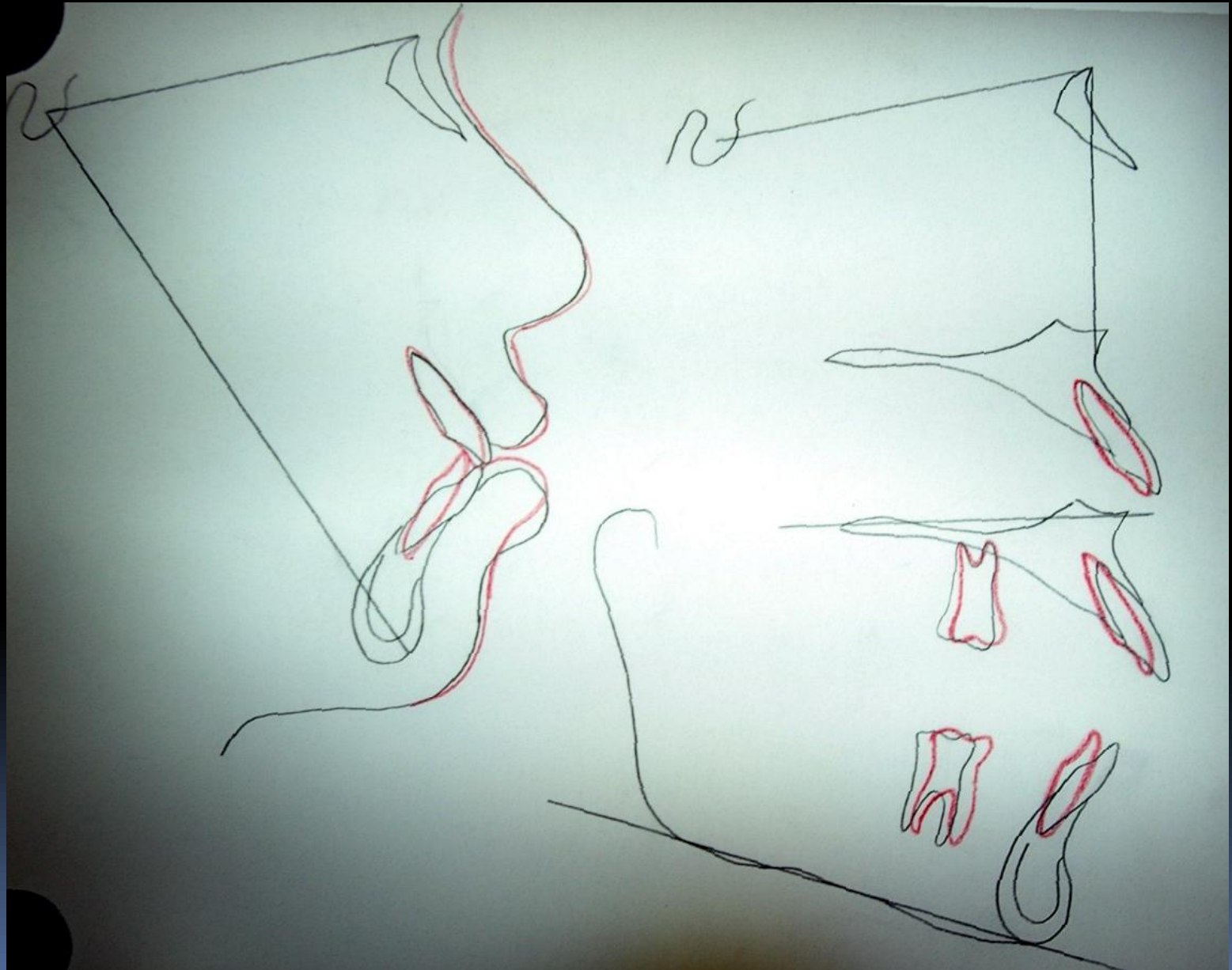


# ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO UCV

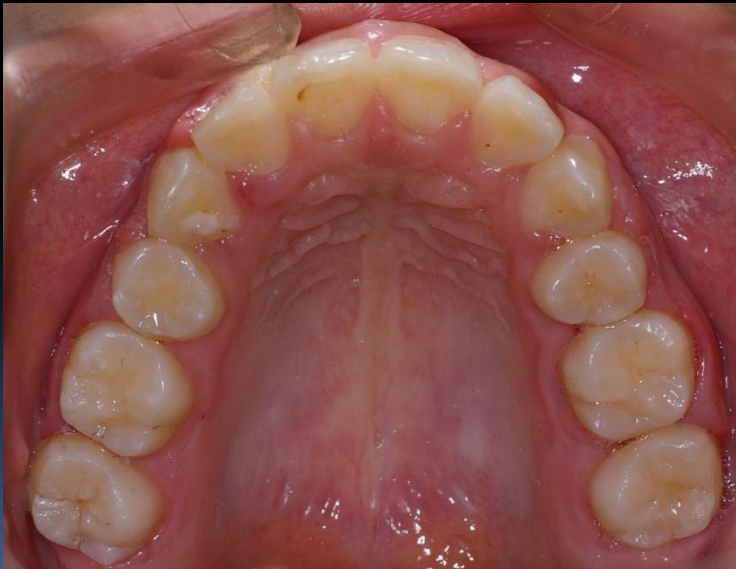
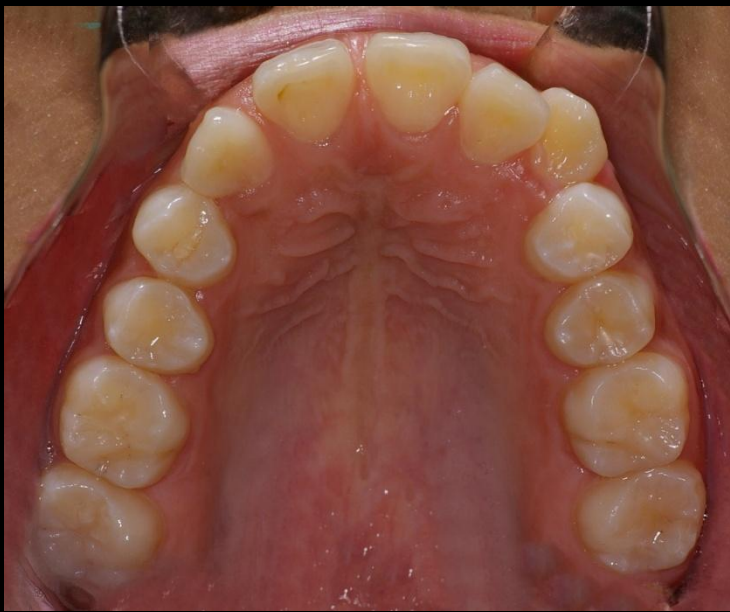


Rel/Estructuras	MEDIDA	PROM	PAC	FINAL
	Fh - Ns	7°	10°	10°
Max Sup/Craneo	SNA	82°	80°	80°
Max Inf/Craneo	SNB	80°	79°	79°
	A. Facial	87°	91°	92°
	SND	76°/77°	76°	76°
Max Sup/Inf	ANB	2°	1°	1°
	NAP	0°	1°	1°
Dent Sup/Inf	1_1	135°	102°	120°
	NS-OP	12°/22°	19°	19°
Posc. Incs. Sup.	1 NS	103	112°	110°
	1NA	22°	32°	26°
	1NAmm	4 mm	11 mm	4mm
	1NP mm	3.5 mm	13mm	9mm
Posc. Incs. Inf.	1 PIMn	90°	115°	99°
	1 NB	25°	44°	30°
	1NB mm	4 mm	12 mm	6mm
	1 NP mm	3 mm	11 mm	5 mm
Prop. Faciales	NS - GN	67°	73°	73°
	NS - PIMn	32°	30°	31°
	FH - PIMn	24°	20°	19°
Patron Facial	Linea E sup	4 mm	0 mm	-1mm
	Linea E inf	2 mm	+7 mm	+4mm
	Ángulo H	8°	20°	18°
	Ángulo Z	83°	58°	70°

# SUPERPOSICIONES









Inicial



Final

# Datos del Paciente

**Nombres:** María  
**Apellidos:** Bastidas  
**Edad:** 29 años  
**H.C. N°:** 20-82-69  
**Caso N°:** 4607

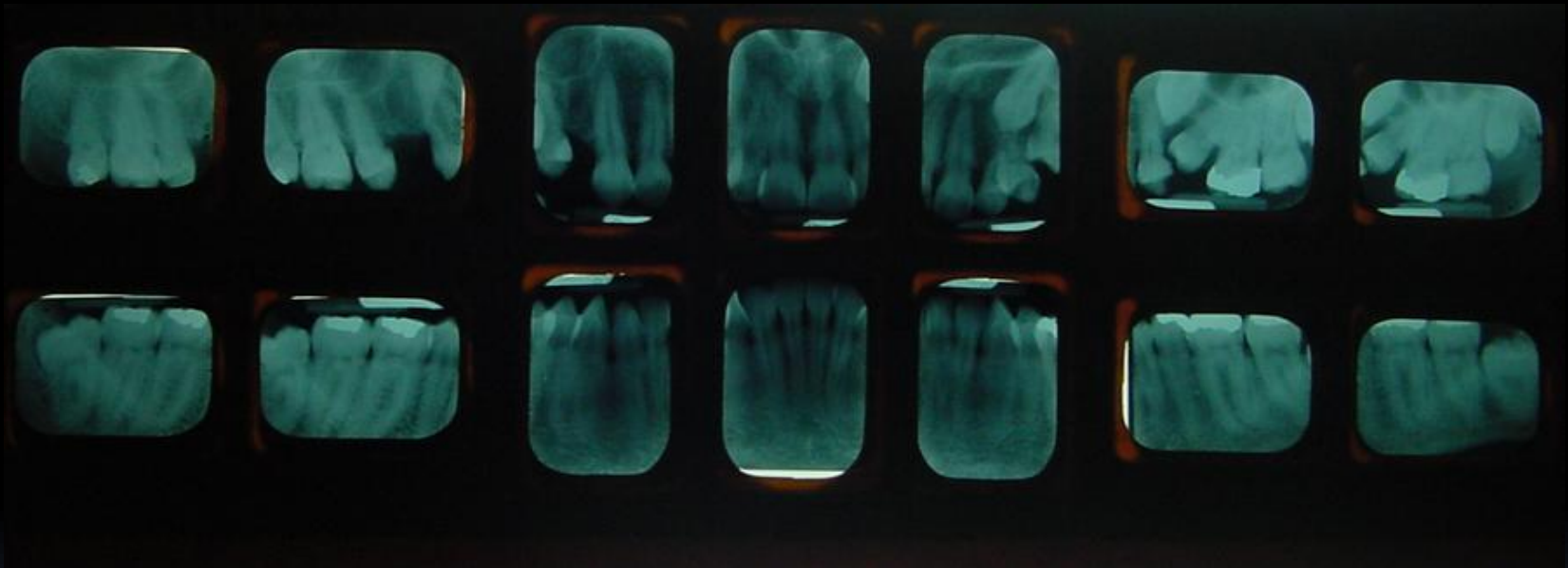
**Estudiante:** María Alejandra Parra  
Roberto Sakkal  
Humberto Jiménez  
**Tutor:** Dra. Yolanda Malavé  
**Fecha:** 15/02/2007

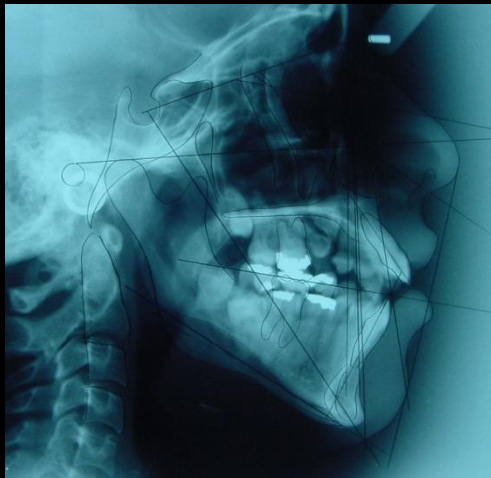




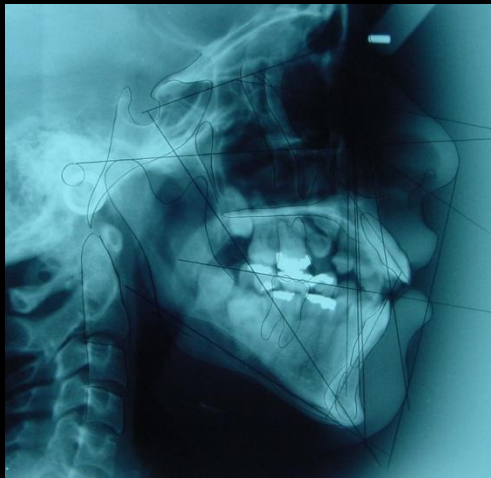








<b>Relación Estructural</b>	<b>Estructuras</b>	<b>Promedio</b>	<b>Paciente</b>
<b>Incl. Base Craneal</b>	<b>FH - NS</b>	<b>7°</b>	<b>14°</b>
<b>Max.Sup./Craneo</b>	<b>SNA</b>	<b>82°</b>	<b>80°</b>
	<b>SNB</b>	<b>80°</b>	<b>72°</b>
<b>Max.Inf./Craneo</b>	<b>Ang.Facial</b>	<b>87°</b>	<b>89°</b>
	<b>SND</b>	<b>76/77°</b>	<b>70°</b>
<b>Max.Sup./Max.Inf.</b>	<b>ANB</b>	<b>2°</b>	<b>8°</b>
	<b>NAP</b>	<b>0°</b>	<b>9°</b>
<b>Dent.Sup./Dent.Inf.</b>	<b>1/1</b>	<b>135°</b>	<b>118°</b>
	<b>NS-OP</b>	<b>12/22°</b>	<b>30°</b>
	<b>1 NS</b>	<b>103°</b>	<b>105°</b>
<b>Pos.Inc.Superior</b>	<b>1 NA°</b>	<b>22°</b>	<b>25°</b>
	<b>1 NA mm</b>	<b>4 mm</b>	<b>7 mm</b>
	<b>1 NP mm</b>	<b>3.5 mm</b>	<b>17 mm</b>



	<b>1MNPL</b>	<b>90°</b>	<b>84°</b>
<b>Pos.Inc. Inferior</b>	<b>1 NB°</b>	<b>25°</b>	<b>30°</b>
	<b>1 NB mm</b>	<b>4mm</b>	<b>10 mm</b>
	<b>1 NP mm</b>	<b>3mm</b>	<b>9 mm</b>
<b>Proporciones</b>	<b>NS-GN</b>	<b>67°</b>	<b>77°</b>
<b>Faciales</b>	<b>NS / PLMN</b>	<b>32°</b>	<b>55°</b>
	<b>FH / PLMN</b>	<b>24°</b>	<b>38°</b>
		<b>SUP. - 4</b>	<b>-1 mm</b>
<b>Patrón Facial</b>	<b>Línea E</b>	<b>INF. -2</b>	<b>-4 mm</b>

# Diagnóstico

Esquelético: Clase II.

Dentario: Clase I tipo I y V

# Plan de tratamiento

Exodoncia de 24, 34, 44, 63, 28, 38 y 48

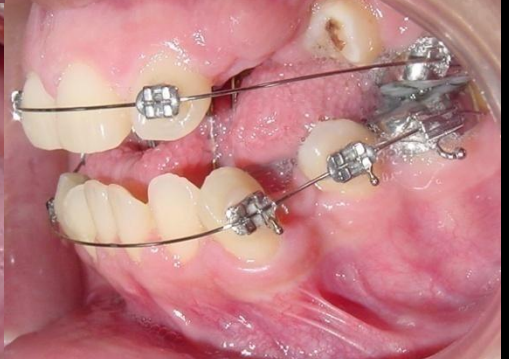
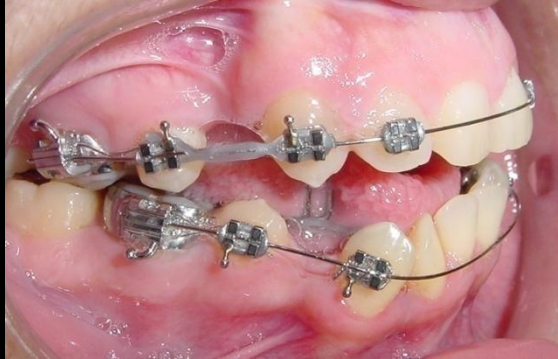
Ojal quirúrgico para tracción del 23

Rejilla para control de hábito

Nivelación

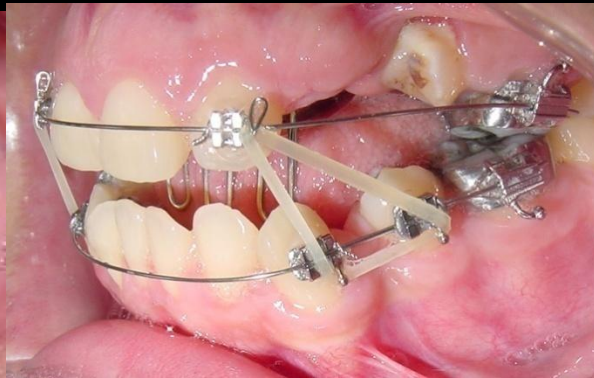
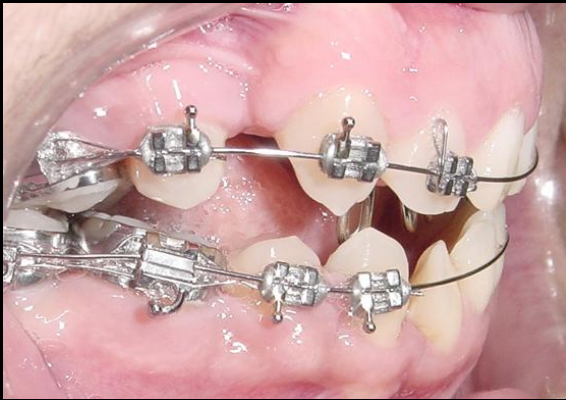
Distalización de caninos

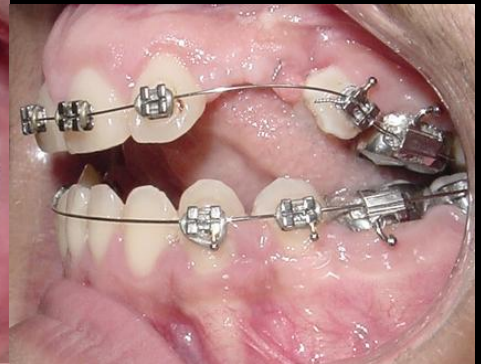
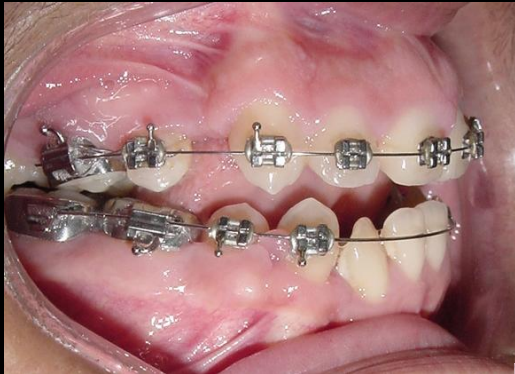
- Retracción anterior
- Interdigitación
- Terminación y retención











**Transferencia a Humberto Jiménez**

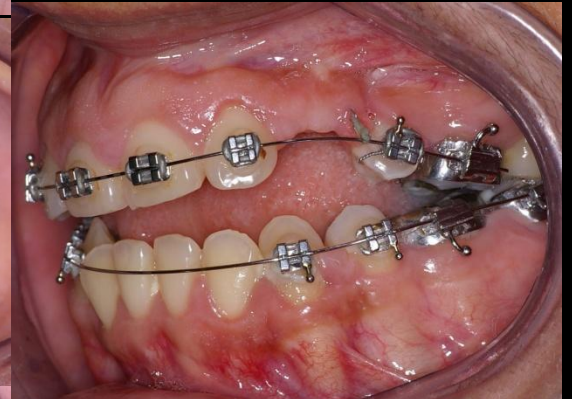
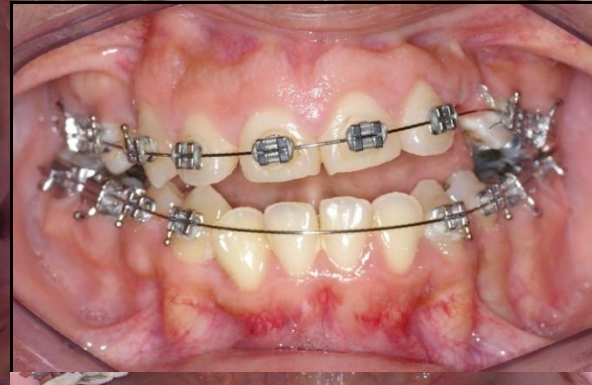
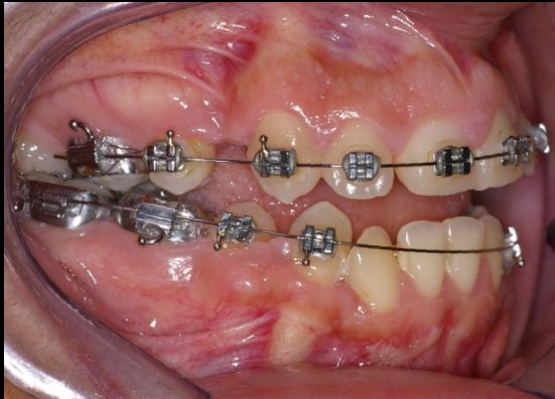
Maria Bastidas. 29 años H.C: 20-82-69 Fecha: 15-02-07  
Humberto Jiménez



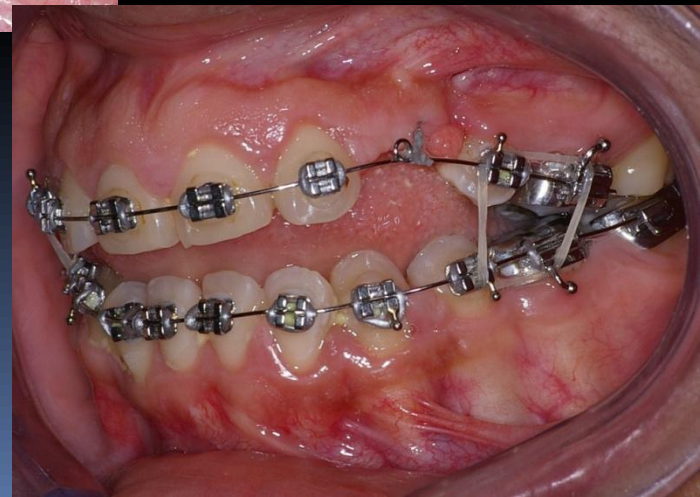
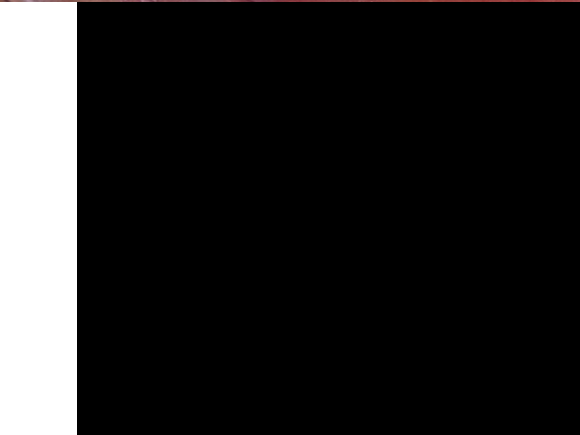
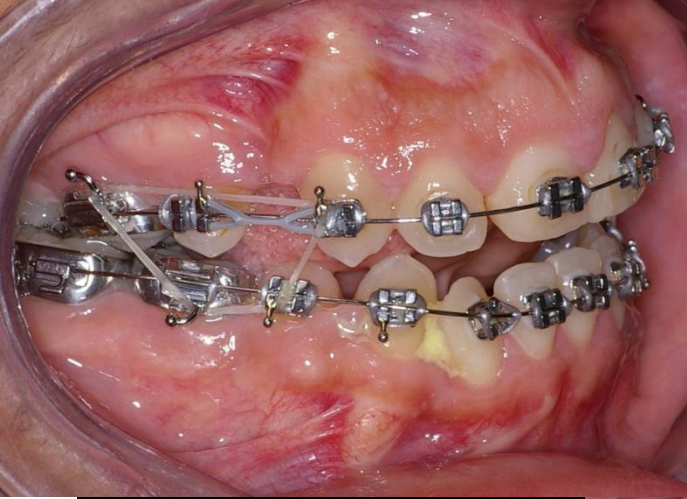
Maria Bastidas. 29 años H.C: 20-82-69 Fecha: 15-02-07  
Humberto Jiménez



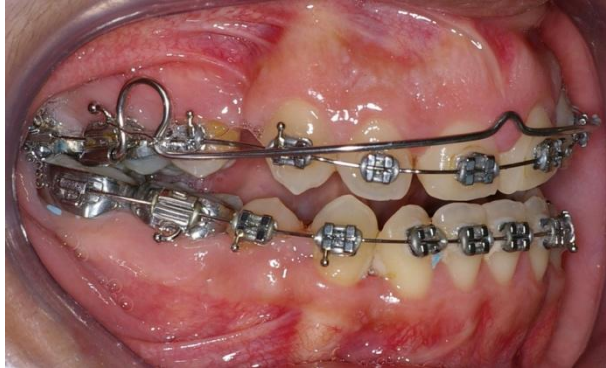
INICIAL  
15/02/2007



07/03/2007

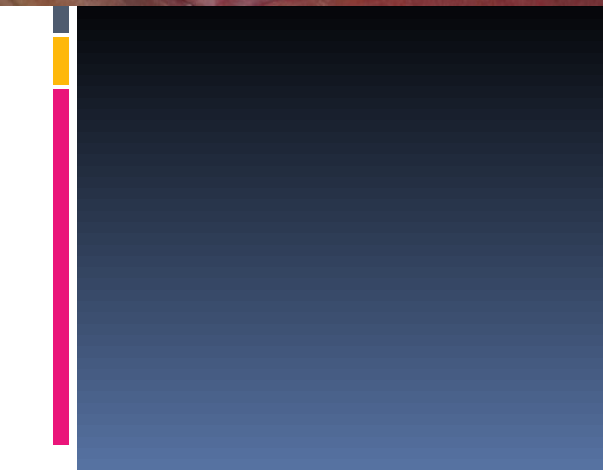
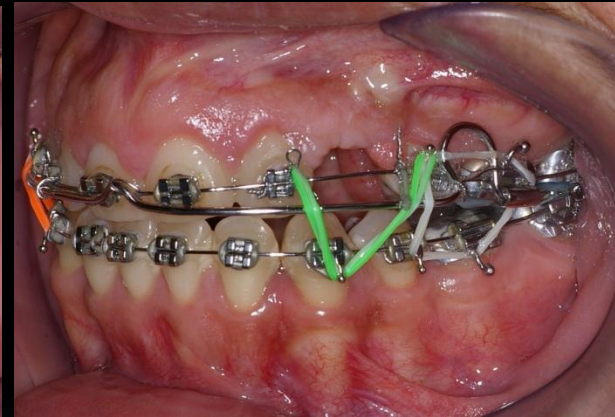
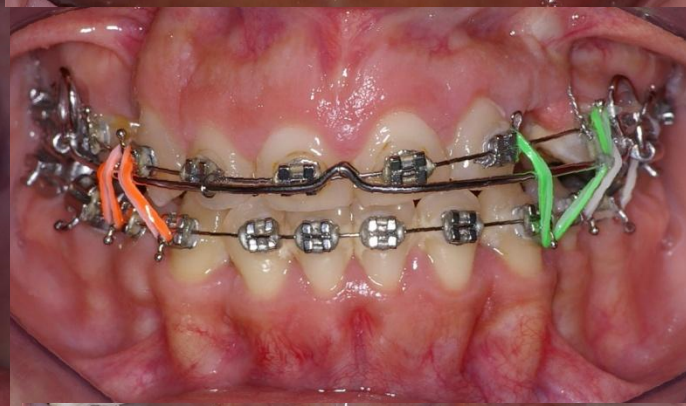
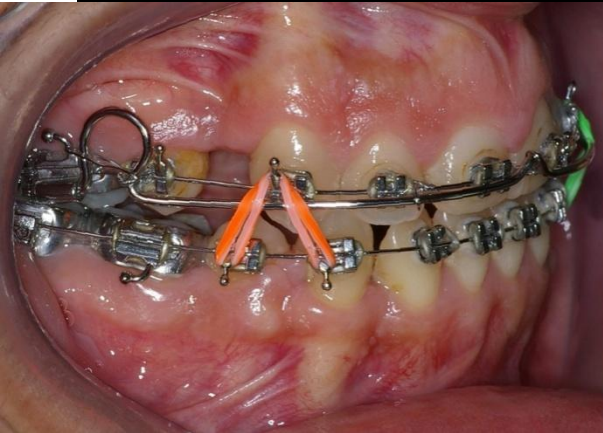


14/04/2007

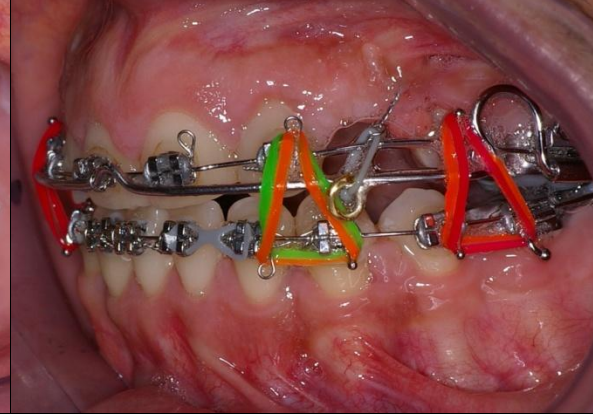
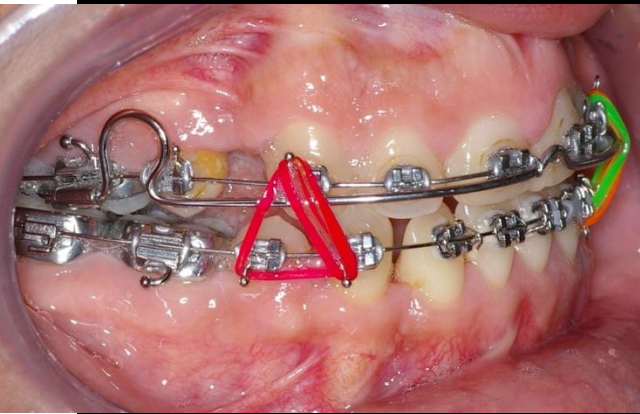




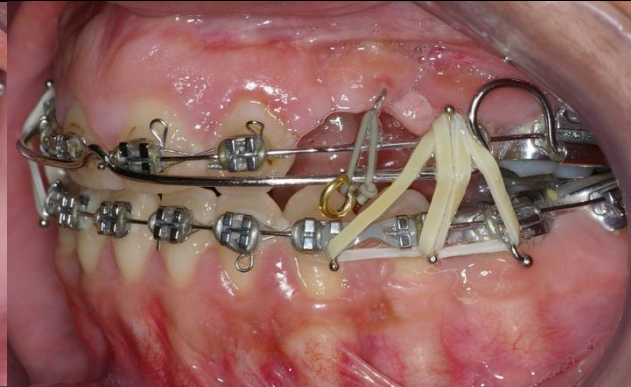
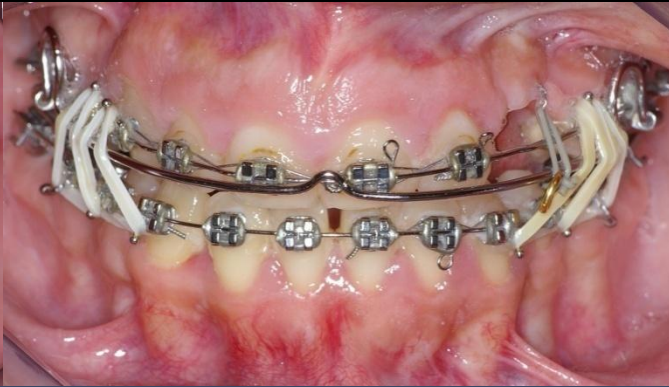
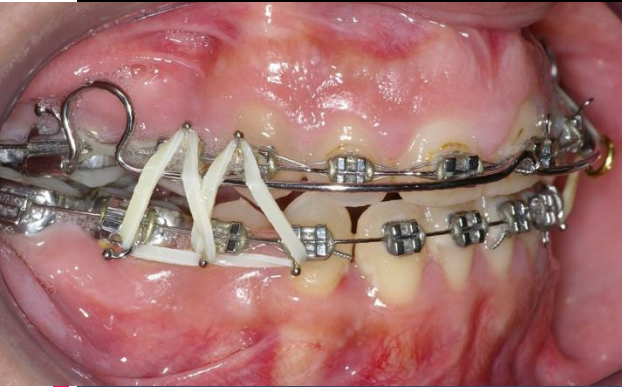
25/06/07



25/06/07



25/02/08



# Panorámica



# Periapicales



2004

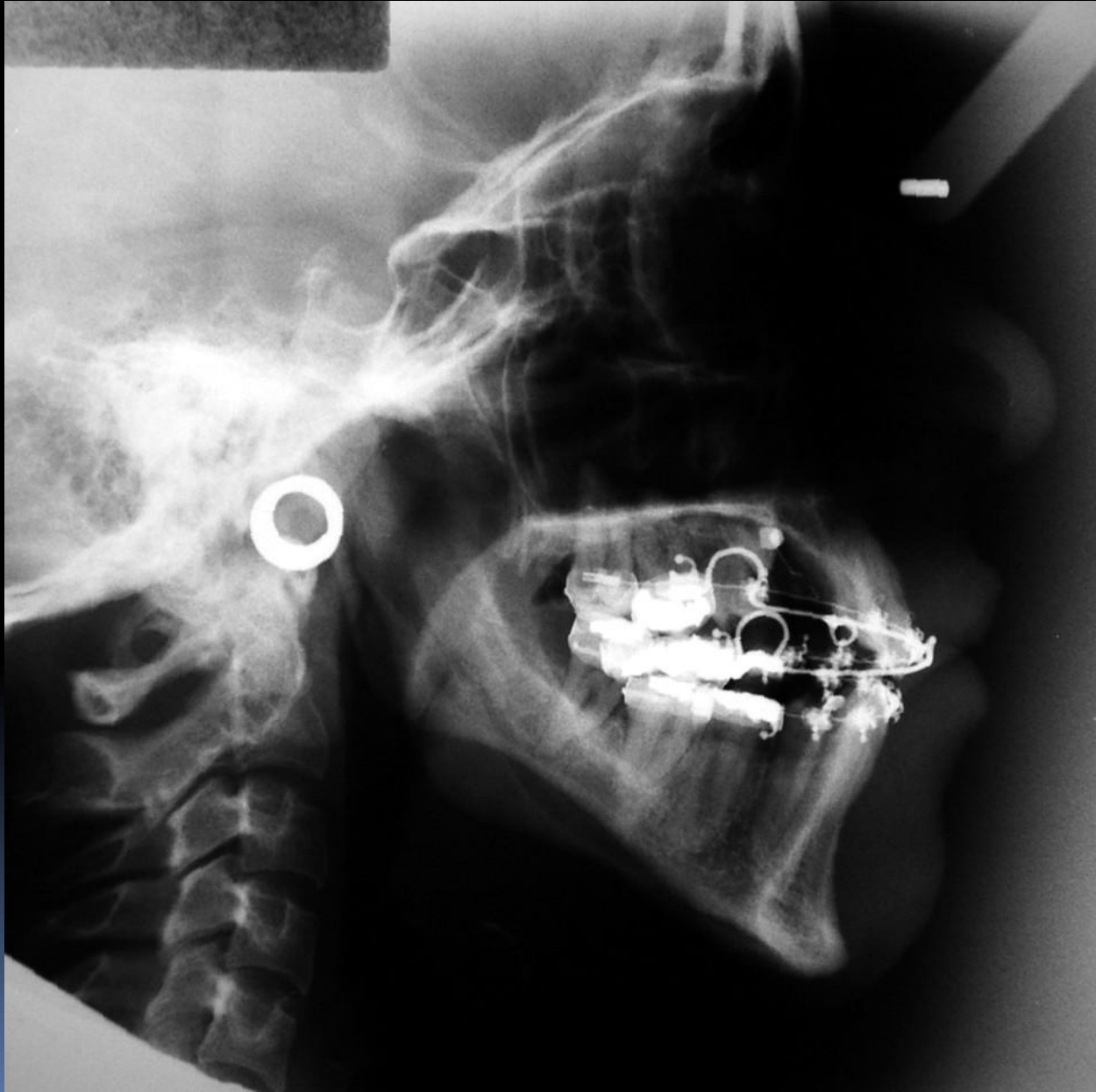


2005

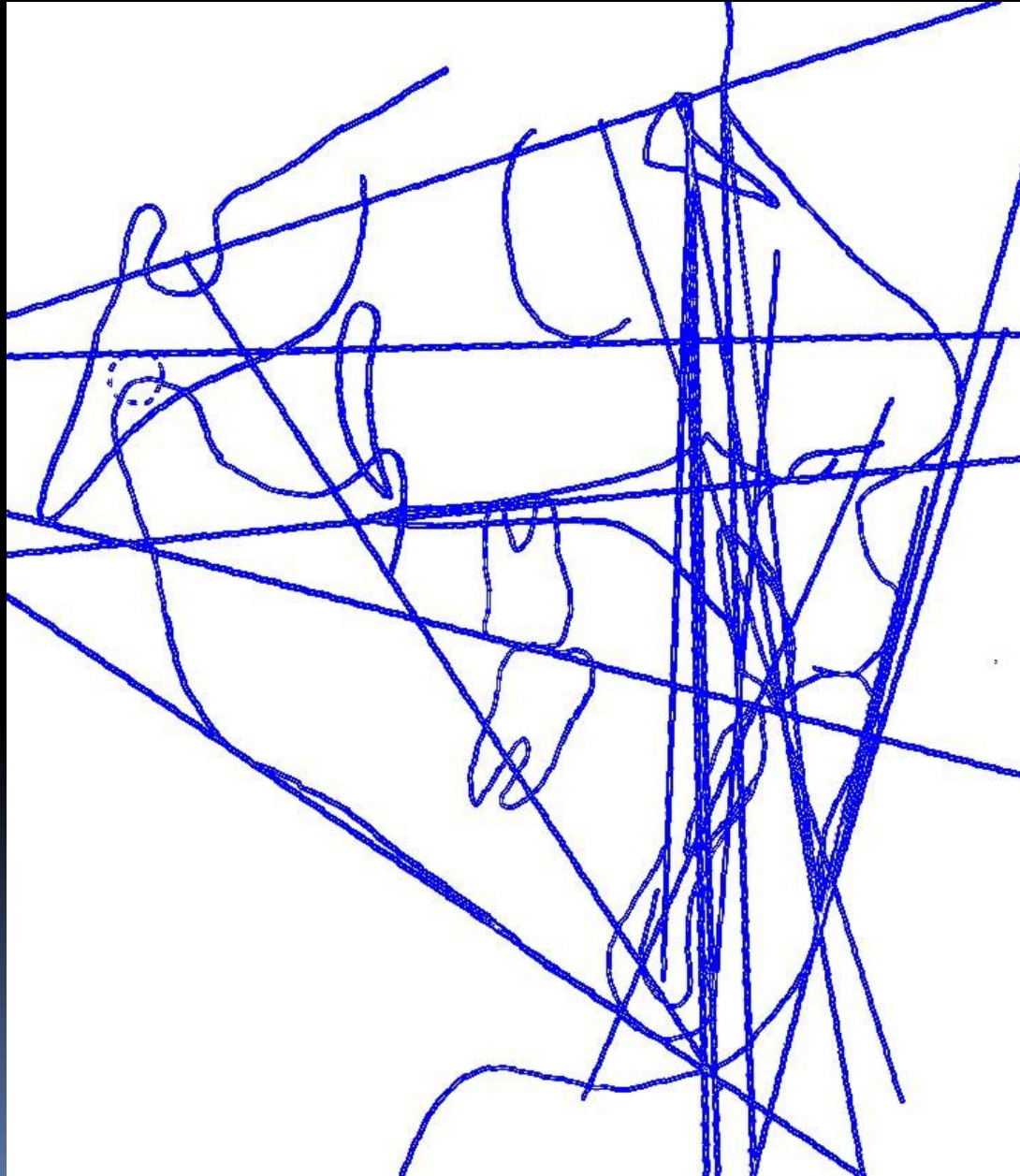


2007

# Cefálica Lateral



# Trazado UCV



# Análisis UCV

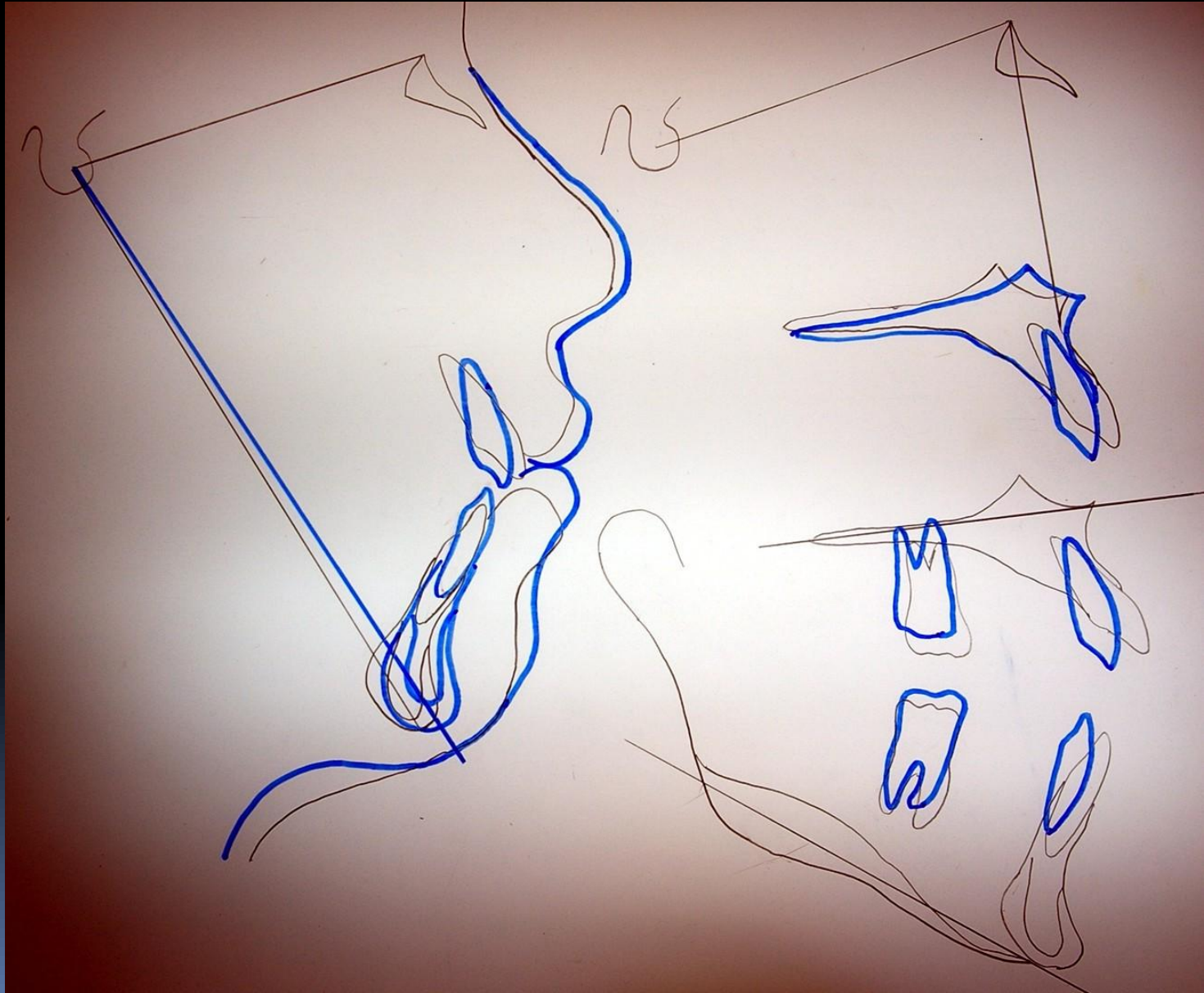
Rel. Estructuras	Medidas	Promedio	Inicial	Revaluación 2008
Max. Sup / Cráneo	S.N.A.	82°	80°	81°
Max. Inf / Cráneo	S.N.B.	80°	72°	74°
	Ang. Facial.	87°	89°	90°
	S.N.D.	76°/77°	70°	72°
Max. Sup / Max. Inf	A.N.B.	2°	8°	7°
	N.A.P	0°	9°	10°
Dent. Sup / Dent. Inf	1 a 1	135°	118°	140°
	NS. OP	12° a 22°	30°	30°
Pos. Inc. Sup	1 NS	103°	105°	90°
	1 NA (°)	22°	25°	9°
	1 NA (mm)	4 mm	7 mm	0 mm
	1 NP (mm)	3.5 mm	17 mm	10 mm
Posc. Inc. Inf	1 Pl. Mand.	90°	84°	80°
	1 NB (°)	25°	30°	25°
	1 NB (mm)	4 mm	10 mm	8 mm
	1 NP (mm)	3 mm	9 mm	7 mm

# Análisis UCV

Rel. Estructuras	Medidas	Promedio	Paciente	Revaluación 2008
Prop. Faciales	NS.Gn	67°	77°	75°
	NS. Pl. Mand.	32°	55°	51°
	Fh. Pl. Mand.	24°	38°	34°
Patrón Facial	Ang. H	8°	20°	20°
	Ang. Z	83°	80°	71°
	Línea E	Sup. - 4 mm	-1 mm	-1 mm
		Inf. - 2 mm	-4 mm	+1 mm
	Meridiano	0 mm	+10 mm	+10 mm

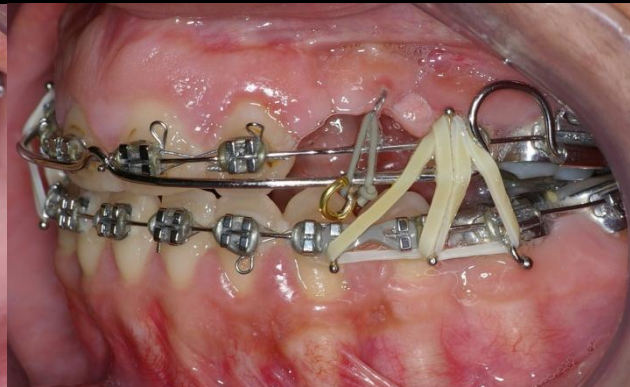


# Superposiciones



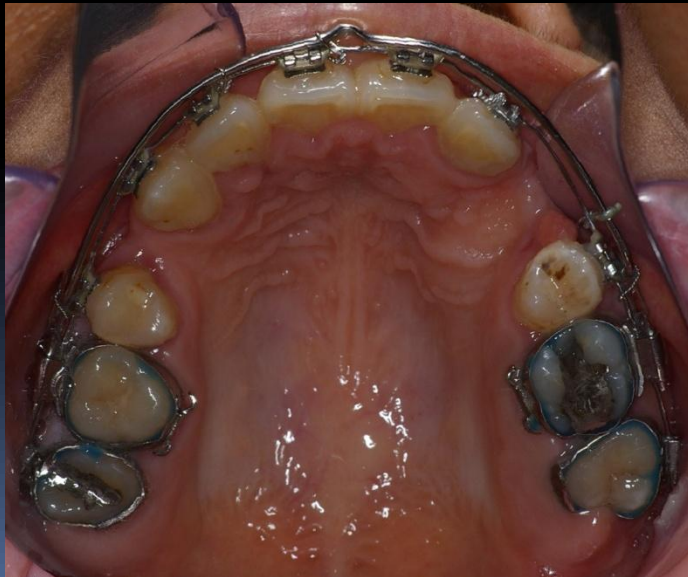


**María Bastidas. 29 años H.C: 20-82-69 Fecha: 15-03-08**  
Humberto Jiménez





**María Bastidas. 29 años H.C: 20-82-69 Fecha: 15-03-08**  
Humberto Jiménez



Maria Bastidas. 29 años H.C: 20-82-69 Fecha: 12-03-2008  
Humberto Jiménez



# Conclusiones

---

Todo retardo en la erupción debe ser investigado con la finalidad de descartar implicaciones sistémicas. Los ortodoncistas y odontopediatras, son los especialistas que comúnmente realizan esta evaluación temprana.

Los caninos superiores son los segundos dientes de la arcada después de los terceros molares inferiores en frecuencia de impactación. En la actualidad la prevalencia de caninos superiores impactados oscila entre el 1 y 2% en la población general.

La tomografía computarizada puede proveer una mayor agudeza diagnóstica sobre las malformaciones dentarias, especialmente contribuye a determinar la forma y relación de la corona y la raíz de dientes impactados.

El pronóstico a largo plazo de los incisivos superiores con resorciones radiculares asociados con caninos posicionados ectópicamente es bueno.

# Conclusiones

---

Los incisivos con raíces que presentan resorción pueden ser usados en la mecánica ortodóncica. No se indica la realización de tratamientos endodónticos para detener el avance de la resorción radicular.

Se recomienda la exposición quirúrgica de los caninos impactados mediante colgajos de reposición total que respondan a los principios de las técnicas de erupción cerrada y colgajos de reposición apical que permitan que el diente erupcione en el arco a través de tejido queratinizado, no de la mucosa alveolar.

La extracción de un diente impactado localizado desfavorablemente y el cierre ortodóncico del espacio o la reposición protésica pueden constituir una mejor solución que los esfuerzos heroicos para tratar de llevar el diente hacia el arco dentario.



MUCHAS GRACIAS!!!