

## CAPÍTULO I

### Dientes incluidos

*María Peñarrocha Diago*

*Alba Monreal Bello*

*Berta García Mira*

*David Peñarrocha Oltra*

# 1. Concepto

En la literatura podemos encontrar tres términos distintos, inclusión, retención e impactación, que en ocasiones pueden inducir a error, ya que algunos autores los utilizan indistintamente.

Se define como diente incluido al que permanece dentro del hueso maxilar (manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico), habiendo llegado su época normal de erupción<sup>1</sup>. Dentro de la inclusión podemos distinguir entre la inclusión ectópica [Fig. 1A], cuando el diente incluido está en una posición anómala pero cercana a su posición habitual, e inclusión heterotópica [Fig. 1B], cuando el diente se encuentra en una posición anómala más alejada de su localización habitual<sup>2,3</sup>.

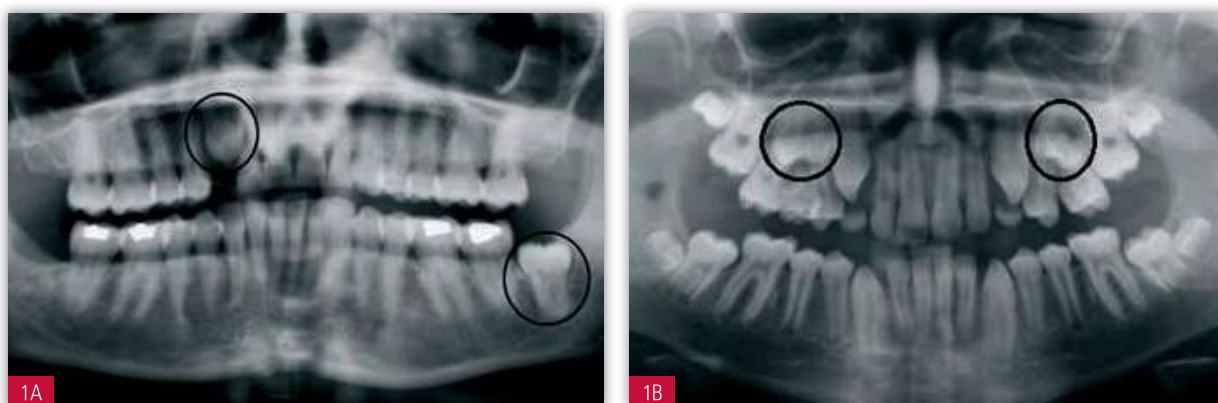


Fig. 1. A) Radiografía panorámica donde se observa la inclusión ectópica de los dientes 1.3 y 3.8. B) Radiografía panorámica inclusión heterotópica de los segundos premolares maxilares en un paciente de 12 años de edad.

Se entiende como diente retenido cuando no se identifica un obstáculo físico, una malposición dental o un desarrollo anormal, para explicar la interrupción de su normal erupción. Será de tipo primaria cuando el germen dentario aún no ha aparecido en la cavidad bucal; hablamos de retención secundaria cuando una vez emergido el diente en la cavidad bucal, se retiene su erupción sin existir una barrera física en el camino, ni una posición anormal del diente, esta patología afecta principalmente a dientes temporales y es raro en dientes permanentes.

Se produce la impactación de un diente cuando existe una detención de la erupción producida por una barrera física en el trayecto de erupción detectable clínica o radiográficamente, o por una posición anormal del diente<sup>4</sup>.

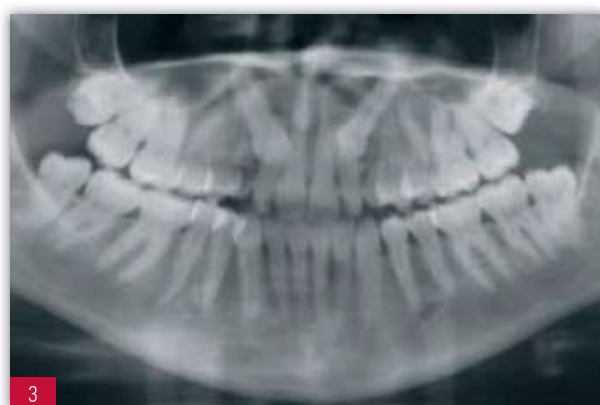
Por tanto el término de inclusión engloba los conceptos de retención primaria e impactación.

En los dientes incluidos, es muy probable encontrar la ausencia de sintomatología en el momento de la exploración, diagnosticándolo casualmente al realizar una ortopantomografía, [Fig. 2A-2C] o bien, por la sospecha clínica ante una ausencia dental. En cualquier caso, se debe explicar al paciente los posibles riesgos de mantener un diente incluido; como puede ser la formación de quistes, siendo éste uno de los motivos para aconsejar la exodoncia<sup>1</sup>.



**Fig. 2.** Paciente de 42 años que acude para rehabilitación protésica. **A)** Imagen intraoral. **B)** Radiografía panorámica extraoral donde se observa la presencia de un mesiodens asintomático. **C)** Radiografía periapical, el supernumerario incluido entre los dos incisivos superiores centrales presenta forma conoide.

Existe un acuerdo entre todos los autores<sup>1-5</sup> de ubicar en la arcada dentaria aquellos dientes con un valor estético y funcional, como los incisivos y los caninos [Fig. 3] y, de exodonciar todo diente incluido que ocasione sintomatología [Fig. 4A-4B]. Sin embargo, las dudas surgen en el plan de tratamiento a seguir con los dientes asintomáticos, si bien estos deberán ser observados radiográficamente de manera periódica<sup>6</sup>.



**Fig. 3.** Caninos superiores incluidos con alto compromiso estético y funcional.

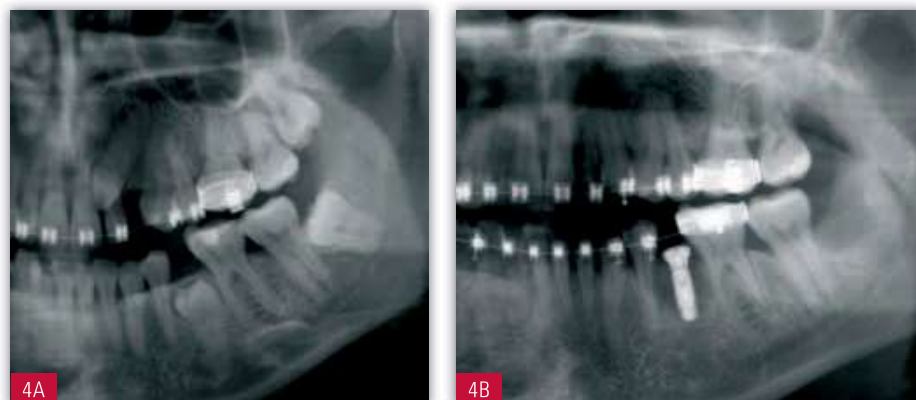


Fig. 4. Paciente de 36 años que presenta: A) un canino superior y un premolar inferior izquierdos incluidos y B) después de la tracción ortodóncica, se observa el canino en su posición de arcada y el premolar extraído se ha sustituido por un implante.

## 2. Causas

### 2.1. Factores locales

#### 2.1.1. Obstáculos mecánicos

- Dientes definitivos inclinados por la pérdida de espacio después de la extracción prematura de los dientes temporales.
- Dientes temporales que persisten en la arcada y ya deberían haberse exfoliado y presentan un retraso en la exfoliación [Fig. 5].



Fig. 5. Imagen clínica intraoral donde se observa la persistencia del 8.3.

- Dientes supernumerarios: se localizan sobre todo en la zona anterior del maxilar superior, si se localizan a nivel de la línea media se denominarán mesiodens; suponen un obstáculo para la erupción de los dientes definitivos<sup>7</sup> [Fig. 6]. Pueden aparecer de forma aislada o como consecuencia de una patología sistémica como la displasia ectodérmica anhidrótica<sup>8,9</sup>.



Fig. 6. Imagen intraoral del maxilar donde se observa la falta de erupción del incisivo central superior derecho por presencia de un supernumerario.

- Inflamación crónica no infecciosa: el tejido gingival se convierte en un tejido fibroso denso; suele ocurrir tras la extracción de un diente temporal cuando la encía de esa zona sufre un traumatismo oclusal y masticatorio durante un largo periodo.
- Quistes de los maxilares y tumores odontogénicos, siendo los más frecuentes el quiste de erupción, épulis congénito del recién nacido y los odontomas.
- Condensaciones óseas como la exostosis, osteosclerosis u osteítis condensante o propiamente tumorales como son las diferentes clases de osteomas<sup>3</sup>.

### 2.1.2. Falta de espacio

- Por la extracción prematura del diente temporal que sirve de mantenedor de espacio para los dientes permanentes<sup>10</sup> [Fig. 7A-7O].
- Disarmonía dento-maxilar: retrognatía del proceso alveolo-dentario superior, micrognatía mandibular.
- Anomalías en la inclinación de otros dientes definitivos erupcionados<sup>11</sup>.
- Anomalías en el tamaño y la forma de los dientes: son más frecuentes en la zona de premolares inferiores, y en la zona de incisivos. Se han descrito alteraciones en la erupción por hipocalcificaciones en los dientes con amelogénesis imperfecta<sup>12</sup>.
- Frenillo labial superior: una inserción baja puede producir diastemas interincisivos y apiñamiento anterior.





**Fig. 7.** Paciente de 20 años que acude a consulta para revisión ortodóncica. **A)** Imagen intraoral, se observa la cúspide de un diente incluido entre el primer premolar y el primer molar, en posición palatina. **B)** Radiografía panorámica extraoral, la flecha localiza la posición del segundo premolar incluido y en el cuadrante inferior un cordal incluido. **C)** Tras la incisión se realiza el despegamiento del colgajo.



**Fig. 7.** **D)** Se procede a la extracción del premolar. **E)** Imagen intraoral previa a la extracción del tercer molar incluido. **F)** Tras la incisión y el despegamiento del colgajo.



**Fig. 7.** **G)** Se corta el hueso con ultrasonidos, marcando una osteotomía de forma romboidal. **H)** Se retira la lámina de hueso y se mantiene sumergida en suero fisiológico, podemos observar parte de la corona del tercer molar incluido. **I)** Se realiza la odontosección del tercer molar y extracción del mismo.

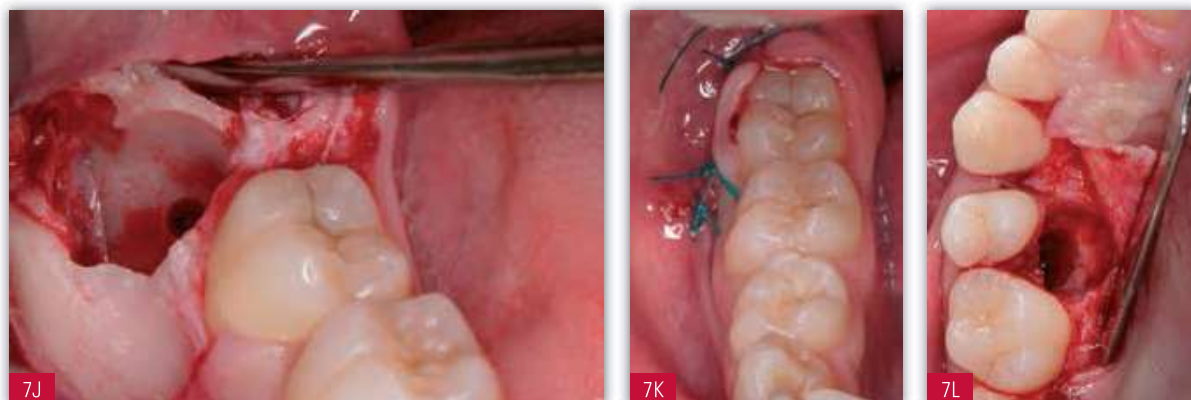


Fig. 7. J) Visualizamos el alveolo vacío tras la exodoncia del tercer molar. K) Suturamos. L) Observamos el alveolo vacío del premolar superior.

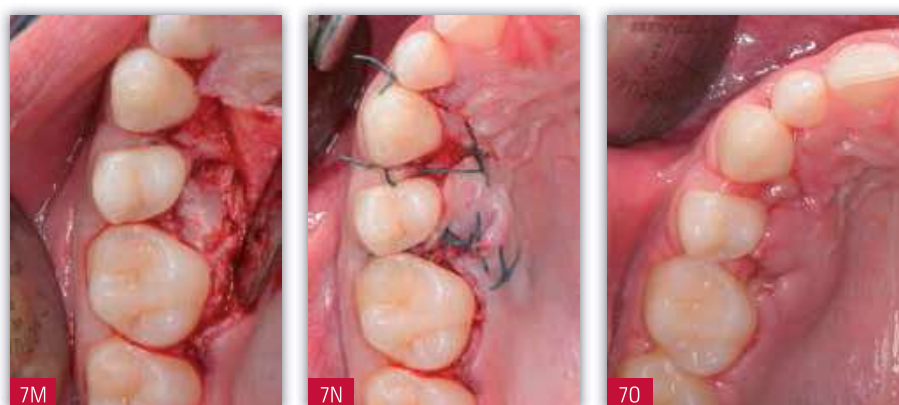


Fig. 7. M) Se coloca el hueso, sobre el alveolo vacío y N) se sutura. O) Imagen intraoral a la semana de retirar los puntos.

- Retención prolongada de un diente temporal más allá del periodo normal de exfoliación: será un diente anquilosado que queda en infraoclusión, es más frecuente en molares temporales. Es 10 veces más frecuente en dentición temporal que en permanente, con una incidencia del 1,5 al 99%. Más frecuente en la región molar durante la dentición permanente y mixta<sup>13</sup>.
- Paladar hendido: suelen producirse agenesias así como alteraciones dentales como trasposiciones, dientes supernumerarios, etc.<sup>14,15</sup>.

### 2.1.3. Otras causas

- Dirección anómala del diente en erupción por anomalías en el folículo dentario: cuando se produce un traumatismo, el diente temporal puede desplazar al germen definitivo de su posición original<sup>16</sup>.
- Dislaceración dental: deformidad caracterizada por una angulación entre la corona y la raíz causando la no erupción de la dentición. Generalmente ocurre por un traumatismo en la dentición decidua y provoca la dislaceración en el diente permanente y consecuentemente la inclusión<sup>16</sup>.