

## RETENCION DENTARIA MULTIPLE. PRESENTACION DE UN CASO.

**Autora:** Dra. C. Gladia Toledo Mayarí. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana Cuba.  
Dra. En Ciencias Estomatológicas. Master en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de Primer y Segundo Grado en Ortodoncia, profesora Titular, Investigador Agregado.  
Correo electrónico: [gladiatm@infomed.sld.cu](mailto:gladiatm@infomed.sld.cu)

**Coautores:** Dra. Zaida Mercedes Cabaleiro Pelayo.

### RESUMEN:

**Introducción:** Las retenciones de los caninos e incisivos superiores son una de las causas que constituyen motivos de consulta fundamentalmente por las afecciones estéticas y psicosociales que de ellas se derivan. **Objetivo.** Mostrar un caso clínico con retención dentaria múltiple. **Datos principales del caso:** Paciente YRH de 14 años sexo masculino que acude a consulta "porque no le han salido los dientes". Al interrogatorio refiere extracción de 61 y 62 a los 8 años sin ocurrir la erupción de los incisivos permanentes y traumatismo del 61 al año de edad que provocó fractura del borde incisal y necrosis. Al examen clínico presenta la cara alargada con depresión en la hemicara izquierda debajo del ala nasal. Arcada Superior: Ovoidea, bóveda profunda, 11 ligera rotación mesiolingual. 11, 12 y 13 mesogresión, Se realizó un estudio radiográfico periapical observándose retención dentaria múltiple del 21, 22, 23, 24 y 25. En el estudio radiográfico se incluyeron además vistas oclusales, panorámicas y una telerradiografía lateral de cráneo con perfilograma. **Principales comentarios.** La retención dentaria múltiple constituye una entidad poco frecuente, se presentó un caso clínico afectado por esta alteración con un total de 5 dientes permanentes retenidos, no encontrándose en la etiología factores generales a pesar de que en la bibliografía consultada se plantea su asociación con factores generales y predisposición familiar. Para el diagnóstico de la retención dentaria es imprescindible una anamnesis rigurosa, al igual que un minucioso examen clínico corroborándose con un estudio radiográfico intrabucal y extrabucal.

**Palabras clave:** retención dentaria, radiología odontológica.

## INTRODUCCIÓN:

Los dientes retenidos son aquellos que pasada su edad de erupción quedan encerrados dentro de los maxilares y mantienen 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 intraósea) o estar cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival). <sup>1-3</sup>

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. <sup>1,4-5</sup> Bedoya-Rodríguez y colaboradores <sup>6</sup> reportan una prevalencia de retención del 10,8% y encuentran una relación significativa entre la presencia de dientes supernumerarios y la presencia de retención.

Los dientes retenidos que presentan mayor importancia desde el punto de vista estético y funcional son los caninos superiores y los incisivos centrales superiores. <sup>4,7</sup> El número de retenciones en un mismo individuo puede variar mucho. Pueden ser bilaterales, presentar los terceros molares, estos asociados a los caninos e incluso múltiples retenciones. <sup>8</sup> Rodríguez Rodríguez y colaboradores <sup>9</sup> reportaron un caso al que se le diagnostican 5 dientes supernumerarios retenidos.

Numerosos han sido los factores que se han propuesto en la etiología de las retenciones dentarias. <sup>10</sup> Para su estudio se han dividido en locales y generales.

Factores locales: Incluyen factores embriológicos dentro de los que se encuentran la situación alejada del diente y la época tardía de su erupción, el origen del diente y las anomalías del gubernaculum dentis y los factores mecánicos que incluyen la falta de espacio y los obstáculos mecánicos. <sup>10</sup>

Factores generales: Dentro de los que se incluyen retraso fisiológico de la erupción y retraso fisiológico de la erupción debido a: alteraciones endocrinas, metabólicas,

carácter hereditario, Síndrome de Gardner, Disostosis cleidocraneal, Polidisplasia ectodérmica hereditaria, Displasias fibrosas y Osteopetrosis o enfermedad de Albers-Schönberg.<sup>10,11</sup>

El diagnóstico de la retención dentaria viene dado por las características clínicas y el estudio radiográfico. Clínicamente se comprueba la ausencia del diente en la arcada correspondiente, la persistencia o no del temporal y una serie de posibles manifestaciones o accidentes entre los cuales se destacan sobre todo los mecánicos con desplazamiento de la corona del diente vecino o la rotación de su eje.<sup>12</sup>

Cada retención dentaria es comprobada por estudios radiográficos que en ocasiones necesitan varias vistas o la realización de técnicas especiales para poder obtener imágenes mayormente interpretativas.<sup>7,12</sup>

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).<sup>12</sup>

La Tomografía Axial computarizada, es actualmente la técnica más útil para observar la trayectoria tridimensional del diente retenido.<sup>12</sup> La Tomografía Computarizada ConeBeam (TCCB) es una tecnología en rápido desarrollo que proporciona imágenes de alta resolución espacial del complejo craneofacial en tres dimensiones.<sup>13</sup>

En algunos casos la TCCB proporciona más información que la radiografía panorámica, por ejemplo en los casos de dientes retenidos e impactados, reabsorción radicular, fisuras labio-palatinas y los terceros molares.<sup>13</sup>

En nuestro medio las retenciones de los caninos e incisivos superiores son una de las causas que constituyen motivos de consulta fundamentalmente por las afecciones estéticas y psicosociales que de ellas se derivan.

La retención dentaria múltiple constituye una entidad poco frecuente y raramente se encuentra sin asociación a factores generales, lo cual nos motivó a presentar un caso clínico afectado por esta alteración con un total de 5 dientes permanentes retenidos. El **Objetivo** del trabajo es mostrar un caso clínico con retención dentaria múltiple y los medios utilizados en el diagnóstico de la retención dentaria.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente YRH de 14 años sexo masculino, con buen estado general, que acude a consulta "porque no le han salido los dientes". Al interrogatorio refiere extracción de 61 y 62 a los 8 años sin ocurrir la erupción de los incisivos permanentes, traumatismo del 61 al año de edad que provocó fractura del borde incisal y necrosis. Con relación a la herencia refiere una tía paterna a la cual le brotó un molar en la región de los incisivos superiores.

Vías respiratorias superiores: Amigdalitis crónica, adenoides hipertróficas y respiración bucal.

Análisis Clínico: Al examen clínico presenta la cara alargada con depresión en la hemicara izquierda debajo del ala nasal. Perfil convexo, micrognatismo transversal del maxilar 6-6 (41 mm), discrepancia hueso-diente superior de -10.9 mm e inferior - 7.9 mm. Arcada Superior: Ovoidea, bóveda profunda, dentición mixta tardía, macrodoncia, 11 ligera rotación mesiolingual. 11, 12 y 13 mesogresión, ausencia clínica del 21, 23, 24 y 25. Presenta el 22 en brote ectópico en el vestíbulo y en posición mesioangular. Dientes presentes 17,16,15,14,13,12,11,63,64,65,26,27. Arcada Inferior: Ovoidea, dentición permanente, macrodoncia, apiñamiento anterior, 45 y 44 linguoversión, 33 rotación mesiolingual, 41,31 y 32 rotación mesiovestibular, 34 vestibulogresión. Dientes presentes 46,45,44,43,42,41,31, 32, 33, 34,35,36,37. El 47 perdido.

Arcadas en Oclusión:

Anteroposterior: 16/46 Disto oclusión de 1 u, 13/3 Disto oclusión de 1 u, 26 y 36 Neutroclusión.

Resalte = 4 mm.

Transversal: Línea ½ superior desviada 5 mm a la izquierda.

Resalte posterior invertido lado derecho entre 16,15,14 y 44,45,46

Resalte posterior invertido lado derecho entre 16,17 y 46 y lado izquierdo entre 64 y 34.

Vertical: Sobrebase de 2/3 de corona.

Clasificación: Síndrome Clase II división 1.

Estudio radiográfico: Se realizó un estudio radiográfico periapical (Imagen 1) observándose retención dentaria múltiple del 21, 22, 23, 24 y 25. Se observan presentes 18,28,38 y 48, con falta de espacio para el brote del 38.

- 21 retenido en posición vestibuloangular
- 22 retenido en posición mesioangular
- 23 retenido en posición horizontal
- 24 retenido en posición mesioangular invertida
- 25 retenido en posición horizontal.



Imagen 1: Estudio Radiográfico periapical paciente YRH.

En el estudio radiográfico se incluyeron además vistas oclusales(Imagen 2), panorámicas(Imagen 3) y una telerradiografía lateral de cráneo con perfilograma(Imagen 4).



Imagen 2: Radiografía Oclusal superior paciente YRH.

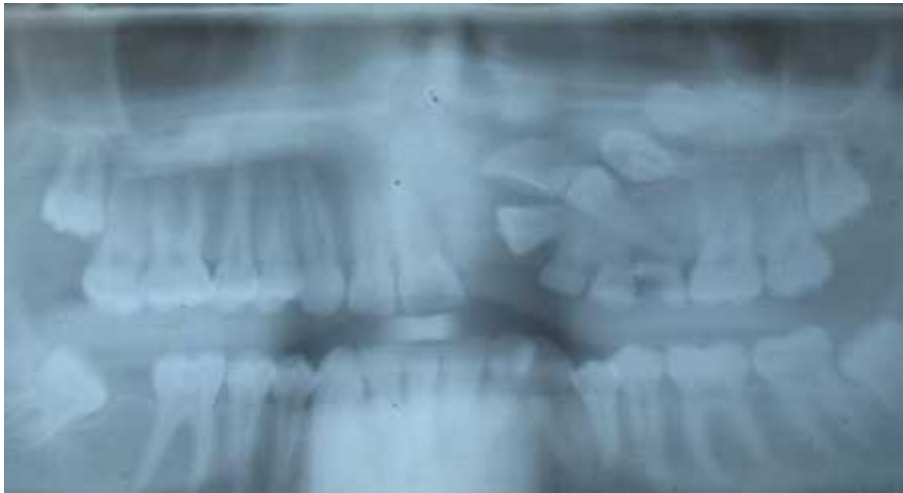


Imagen 3: Radiografía Panorámica paciente YRH.



Imagen 4: Telerradiografía lateral de cráneo paciente YRH.

Conclusiones del análisis cefalométrico: Se realizó una telerradiografía lateral de cráneo con perfilograma (Imagen 4) donde se analizaron los cefalogramas de la Historia clínica y Ricketts y se encontró: biprognatismo total  $SNA\ 89^{\circ}$ ,  $SNB\ 84^{\circ}$ , clase II esquelética  $ANB\ 5^{\circ}$ , paciente Dolicofacial, convexidad facial 5mm y Mesogresión (Molar superior a pvt 25 mm).

Diagnóstico etiológico:

Herencia, Embriológico de origen desconocido, Trauma, Agente físico y Enfermedad.

Diagnóstico morfopatogénico:

Anomalías primarias: Retención dentaria múltiple, micrognatismo transversal del maxilar, macrodoncia. Biprognatismo total, mesogresión, Clase II esquelética y disfunción neuromuscular.

Anomalías secundarias: Alteraciones de la estética facial, malposiciones dentarias, falta de espacio para la erupción de permanentes, erupción ectópica del 22, discrepancia hueso diente negativa superior e inferior. Perfil convexo, Resalte y sobrepase aumentado y lengua en posición baja.

Pronóstico: Reservado.

## DISCUSIÓN

La no erupción de un diente permanente da lugar a un problema ortodóncico grave

<sup>14</sup> En este caso estamos en presencia de una retención dentaria múltiple, por lo que se agrava aún más la situación y se hace complejo el pronóstico y la conducta a seguir.

Para el diagnóstico de la retención dentaria es imprescindible una anamnesis rigurosa, al igual que un minucioso examen clínico corroborándose con un estudio radiográfico intrabucal y extrabucal. <sup>12</sup>

Las características clínicas de la retención dentaria son la ausencia del diente en la arcada correspondiente, con la persistencia o no del diente temporal y una serie de posibles manifestaciones estéticas y funcionales. <sup>1</sup>

El aspecto radiográfico de la retención dentaria se caracteriza por la presencia del diente totalmente calcificado en el espesor del hueso maxilar, pudiendo presentar diversidad de posiciones, así como estar relacionado con dientes adyacentes y estructuras anatómicas. <sup>7,12</sup>

En el paciente presentado después de exponer los factores etiológicos consideramos que esta entidad es producto de un problema embriológico de origen desconocido, debido a las características de la retención.

También entre los factores etiológicos consideramos una predisposición hereditaria a la erupción ectópica <sup>15</sup> y una relación con la respiración bucal debido a que algunos autores plantean que en pacientes respiradores bucales existe una compresión de las arcadas dentarias laterales con la musculatura de las mejillas, cerrando así el espacio para el alojamiento de los dientes permanentes <sup>16</sup>

En relación con el trauma pudiera explicar la retención del 21 y 22 pero en este caso encontramos una retención múltiple de 5 dientes permanentes no estando directamente en relación con este factor, aunque no puede dejar de señalarse.

Otro factor lo constituye la extracción del 61 y el 62 y la no colocación de un mantenedor de espacio <sup>10</sup> lo que agravo el problema ortodóncico debido a que se

perdió el espacio por migración de los dientes vecinos a la zona desdentada. La falta de espacio por la migración debido a la pérdida de dientes temporales con cierre subsiguiente del lugar que ocupaban es un factor en la etiología de dientes retenidos.<sup>7</sup> Además en este paciente encontramos la rotación de los folículos permanentes causada por la falta de espacio que da por resultado dientes orientados en una dirección cerrada pues su eje mayor no está paralelo a la vía de erupción normal.

La retención dentaria múltiple fue considerada una anomalía primaria debido a la cual se han manifestado los problemas ortodóncico por los cuales el paciente recurrió a la consulta, provocando alteraciones estéticas, psicológicas y funcionales. Con relación al pronóstico de este paciente, consideramos que estamos en presencia de un pronóstico reservado debido a que a pesar de que el paciente se encuentra en una edad favorable, en la cual las cualidades de los tejidos, la actividad celular y las posibilidades fisiológicas de erupción son óptimas<sup>7</sup>, la posición y la profundidad de cada uno de los dientes, hacen complicado el caso.<sup>2</sup>

Para el diagnóstico definitivo de la retención dentaria es necesario un estudio radiográfico periapical del paciente, auxiliándose de otras radiografías intrabucales como la oclusal y extrabucales como la radiografía panorámica y la telerradiografía lateral de cráneo. Estas últimas nos dan una visión exacta de la posición y lugar donde se encuentran los dientes retenidos debido a que se toma con angulación ortorradial (0°).<sup>12</sup>

## **CONCLUSIONES**

- Se presentó un caso clínico con retención dentaria múltiple de 5 dientes permanentes retenidos, no encontrándose en la etiología factores generales a pesar de que en la bibliografía consultada se plantea la asociación de la retención dentaria múltiple con factores generales y predisposición familiar.
- Para el diagnóstico de la retención dentaria es imprescindible una anamnesis rigurosa, al igual que un minucioso examen clínico corroborándose con un estudio radiográfico intrabucal y extrabucal.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



1. Uslu O, Akcam MO, Evirgen S, Cebeci I. Prevalence of dental anomalies in various malocclusions. *AmJ OrthodDentofacialOrthop* 2009; 135(3):328-35.
2. Rodríguez Rodríguez N, Álvarez Blanco Y, Gallardo Melo VR. Tercer molar retenido en paciente geriátrica. Presentación de dos casos. *MediCiego*[revista en la Internet] 2010 [citado 2015 jun 08]; 16(Supl.2)[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_supl2\\_10/casos/t-13.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl2_10/casos/t-13.html)
3. Canaval TC, Perea PM. Frecuencia de intervenciones quirúrgicas por diagnóstico de piezas retenidas, supernumerarios y odontomas. *RevSoc Per OdontopedOdontPed* 2004; 2(4):3-9.
4. Pentón García V, Véliz Águila Z, Herrera L. Diente retenido-invertido. Presentación de un caso. *MediSur*. [revista en la Internet] 2009 [citado 2015 jun08]; 7(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000600010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000600010&script=sci_arttext)
5. Mesa Reinaldo B, Capote Femenias JL, Díaz Tejeda A, Boza Mejías Y. Exéresis de canino superior retenido en posición intermedia. Presentación de un caso. *MediSur*[revista en la Internet] 2010[citado 2015jun 08]; 8(3).Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/838/138>
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 la Internet]. 2014 June [citado 2015 jun 08]; 27(1): 45-54. Disponible en:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-971X2014000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2014000100005&lng=en).
7. Pérez Flores MA, Pérez Flores P, Fierro Monti C. Alteraciones en la Erupción de Caninos Permanentes. *Int. J. Morphol*. [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2015 Jul 08] ; 27( 1 ): 139-143. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022009000100025&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000100025&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022009000100025>.
8. Martínez Gómez N, Díaz Díaz D, Guerra Cobian O, Pérez Díaz A, Guilian Carrión M. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto". *Rev Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2013 [citado 23 de Jun 2014]; 12(3). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/196/148>
9. Rodríguez Rodríguez N, Cruz Betancourt M de la C, Ayup García D. Cinco dientes supernumerarios retenidos. Presentación de un caso. *MediCiego*[revista en la Internet] 2011 [citado 2015 jul 08]; 17(2) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/casos/t-20.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/casos/t-20.html)
10. Felipe Garmendía AM, González Longoria R, Clausell Ruiz M, Bastarrechea M, Correa Mozo B. Retención dentaria. *Rev Cubana Ortod*[revista en la Internet] 2000 [citado 2015 jul 08]; 15(2):82-5. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15\\_2\\_00/ord07200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord07200.htm)
11. del Puerto Horta M, Casas Insua L, Cañete Villafranca R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. *Rev. Med. Electron*. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Jul 08]:vol.36 supl.1 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000700008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008&lng=es).
12. 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 2015 Jul 8]; 19(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1707>
13. Roque Torres GD, et al. La tomografía computarizada conebeam en la ortodoncia, ortopedia facial y funcional.*Rev. Estomatol. Herediana* [online]. 2015, vol.25, n.1 [citado 2015 jul 07], pp. 61-78. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552015000100009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000100009&lng=es&nrm=iso). ISSN 1019-4355.

14. Casas Acosta J, Sardiña Valdés M. Aparato removible para tracción del canino retenido en el paladar. RevMéd Electrón [revista en la Internet]. 2011 Nov-Dic [citado 2014 abr 18]; 33(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol6%202011/tema07.htm>
15. Otaño Lugo, R. et al. Ortodoncia. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2014. [citado 2014 jun 22]; Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/ortodoncia/08.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ortodoncia/08.pdf)
16. García G. Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.Ortodoncia.ws edición electrónica. 2011 [citado 2014feb 22]; 0(0): Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/66342383/Funcion-Respiratoria-Sistema-Estomatognatico>