



Corrección del apiñamiento, con extracción del incisivo inferior

Crowding correction through extraction of a lower incisor

Mauricio Servin Muñoz,* Beatriz Gurrola Martínez,§ Adán Casasa Araujo^{||}

RESUMEN

La discrepancia de longitud, o el apiñamiento en la arcada inferior, tradicionalmente se corrige por medio de la extracción de primeros o segundos premolares; la extracción de un incisivo inferior es un enfoque poco común pero es otra alternativa sobre todo en el arco mandibular. **Objetivo:** Presentar el tratamiento de una paciente de ortodoncia con estas características, a la cual se le da este tratamiento, de 15 años cuatro meses de edad. Al análisis intraoral, es clase I esquelética, normodivergente, con clase I molar bilateral, clase I canina bilateral, con el *overbite* disminuido, y *overjet* aumentado, tiene apiñamiento moderado inferior, y leve superior, presenta hábito de succión digital. El tiempo que duró el tratamiento fue de un año cuatro meses.

Palabras clave: Extracción, incisivo inferior, clase I, normodivergente.
Key words: Extraction, lower incisor, class 1, normodivergent.

ABSTRACT

Tooth-bone discrepancy, or crowding in the lower arch, is traditionally corrected by removing first or second premolars; the extraction of a lower incisor is an uncommon approach but presents another treatment alternative. Treatment goal: to present the case report of a patient who was given this alternative treatment. The patient had 15 years 4 months of age. The intraoral analysis revealed a normodivergent skeletal class I with bilateral molar class I, bilateral canine class I, decreased overbite, and increased overjet. She had lower moderate and mild upper crowding as well as a habit of digital suction. Treatment time was one year and four months.

INTRODUCCIÓN

Jackson describe un caso en el que dos incisivos inferiores fueron extraídos en diferentes momentos para aliviar el apiñamiento mandibular.¹ Desde entonces, una serie de casos clínicos han sido tratados con esta modalidad.^{2,3} Autores como: Canut, Bahreman, han enumerado los criterios específicos para la extracción del incisivo mandibular, entre los cuales destacan: una dentición permanente, un potencial de crecimiento mínimo, una relación molar clase I, un perfil de los tejidos blandos armonioso, mínima a moderada sobremordida, poco o nada de apiñamiento en el arco superior, una discrepancia de Bolton existente.^{2,4} Un diagnóstico adecuado es muy recomendable con este tipo de tratamiento.^{5,6} Por otra parte, la extracción del incisivo mandibular tiene varias ventajas sobre las extracciones de los premolares. Primero, puede reducir el tiempo de tratamiento, especialmente si el apiñamiento se limita sólo al segmento anterior.⁵ Segundo, ofrece un resultado estable en la región anterior, porque la expansión no es necesaria y el ancho intercanino no se altera.³ Por último, porque se requiere poca retracción en comparación con la terapia de la extracción de los premolares, por lo que no se cambia la posición anteroposterior de los inci-

sivos inferiores, lo que permite el mantenimiento de un perfil armonioso.⁴ Este tratamiento también nos ofrece una serie de desventajas, si no existe una discrepancia de Bolton, el cierre del espacio se traducirá en un mayor resalte, además se alteran las papilas interproximales, lo que nos puede generar triángulos negros.⁷

REPORTE DE CASO

Durante la evaluación clínica, la paciente refiere como motivo de consulta «tengo los dientes chuecos».

* Residente del segundo año de la Maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial.

§ Profesor en el CESO y Profesor de tiempo completo Titular «C» definitivo en la carrera de Odontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

^{||} Director.

Centro de Estudios Superiores en Ortodoncia (CESO).

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, [Facultad de Odontología]. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/ortodoncia>

En los estudios radiográficos iniciales, en la radiografía lateral de cráneo se observa la normodivergencia y la ligera proclinación de los incisivos superiores e inferiores (Figura 1). En la radiografía panorámica no se observan datos patológicos aparentes, tiene los 28 dientes permanentes presentes, con los terceros molares inferiores en formación, y con agenesia de los superiores (Figura 2).

Estudios de inicio

En el análisis extraoral en las fotografías de la paciente se evaluó el perfil, el cual se ve adecuado, la línea media facial desviada 0.5 mm a la derecha en relación con la línea media dental superior, quintos y tercios proporcionales, y como datos significativos en toma de decisión para el plan de tratamiento, se consideran la línea media facial y la línea estética de Ricketts, línea E (Figuras 3 y 4).



Figura 1. Radiografía lateral de cráneo inicial.



Figura 2. Radiografía panorámica inicial.



Figura 3. Línea media facial.



Figura 4. Línea E.

Al realizarse el análisis intraoral en las fotografías se obtienen los objetivos planteados para cubrir: eliminación del apiñamiento superior leve y el moderado inferior que se observa en el sector anterior, corregir la falta de coincidencia en la línea media dental superior e inferior. La paciente presenta clase canina y molar I bilateral, la cual se desea conservar. Otros aspectos a resaltar son el *overjet* afectado y de 6 mm ocasionado por hábito y la forma de arco triangular superior e inferior (Figuras 5 a 8).

Plan de tratamiento

Para erradicar el hábito de succión digital, se colocó una rejilla palatina durante dos meses, poste-

riormente se retiró el aparato y se colocaron brackets prescripción Roth indicando la extracción del incisivo lateral inferior derecho.

Se inició con la alineación y la nivelación tanto superior como inferior, con sesiones de *stripping* en la arcada superior, y el cierre de espacio de la extracción en la arcada inferior posterior a la alineación y nivelación. En la *figura 9* se observa la imagen oclusal inferior de progreso después del cierre del espacio y de haber realizado la extracción.



Figura 5. Fotografía intraoral inicial de frente.



Figura 6. Fotografía intraoral inicial lateral derecha.



Figura 7. Fotografía intraoral inicial izquierda.



Figura 8. Fotografía intraoral inicial oclusal inferior.



Figura 9. Fotografía oclusal inferior de progreso.

Estudios finales

Se lograron los objetivos planteados, se mejoró la línea E, se conservó la clase I canina y molar bilateral, se obtuvo una mejor forma de arco tanto superior como inferior y por consiguiente un adecuado *overjet*, *overbite* e intercuspidación (*Figuras 10 a 12*).

En la *figura 13* se observa la fotografía oclusal inferior final donde se muestra el retenedor fijo de canino a canino.

RESULTADO

Como se puede apreciar en este caso se cumplió con los objetivos planteados, la paciente terminó con mejoría estética y una sonrisa armoniosa. El tiempo total del tratamiento fue de un año y cuatro meses. En la *figura 14* se muestra una comparación de sonrisa de inicio con la final. Aunque la extrac-

ción de un incisivo inferior no es un tratamiento muy común, esta alternativa ofrece excelentes resultados siempre y cuando se realice el correcto diagnóstico.

DISCUSIÓN

Canut² señala los aspectos a considerar para este tipo de tratamiento, los cuales fueron tomados como referentes, para el procedimiento: las radiografías, los modelos y las fotografías intra- y extrao-

rales. También es necesario citar a Uribe,⁸ quien sugiere que las extracciones de un incisivo mandibular es el tratamiento más apropiado a realizar en los pacientes que no requieren modificaciones antero-



Figura 10. Fotografía intraoral final de frente.



Figura 11. Fotografía intraoral final lateral derecha.



Figura 12. Fotografía intraoral final lateral izquierda.



Figura 13. Fotografía intraoral oclusal inferior final.



Figura 14. Comparación de sonrisa inicial y final.

posteriores en los segmentos bucales, como lo era nuestra paciente, y para quien resultó ideal, ya que uno de los objetivos fue mantener la relación en dicho plano. Por otra parte Faerovig⁷ señala que una gran desventaja en este tipo de tratamiento, radica en las papilas interproximales, las cuales pueden ser disminuidas, originando «triángulos negros». El caso presentado fue manejado con sumo cuidado para obtener una adecuada estética.

CONCLUSIÓN

La extracción de un incisivo mandibular es un tratamiento eficaz en pacientes que cumplan con los requisitos marcados por la literatura. Es importante concientizar al paciente de las ventajas y desventajas de llevar a cabo esta alternativa de tratamiento. Es posible obtener excelentes resultados, pues un mal diagnóstico conlleva a la aparición de efectos secundarios no deseados y a una afectación directa a la estética del paciente.

REFERENCIAS

1. Jackson VH. *Orthodontia and orthopedic of the face*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.; 1904.
2. Canut JA. Mandibular incisor extraction: indications and long-term evaluation. *Eur J Orthod*. 1996; 18 (5): 485-489.
3. Riedel RA, Little RM, Bui TD. Mandibular incisor extraction--postretention evaluation of stability and relapse. *Angle Orthod*. 1992; 62 (2): 103-116.
4. Bahreman AA. Lower incisor extraction in orthodontic treatment. *Am J Orthod*. 1977; 72 (5): 560-567.
5. Kokich VG, Shapiro PA. Lower incisor extraction in orthodontic treatment. Four clinical reports. *Angle Orthod*. 1984; 54 (2): 139-153.
6. Valinoti JR. Mandibular incisor extraction therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1994; 105 (2): 107-116.
7. Faerovig E, Zachrisson BU. Effects of mandibular incisor extraction on anterior occlusion in adults with Class III malocclusion and reduced overbite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1999; 115 (2): 113-124.
8. Uribe F, Nanda R. Considerations in mandibular incisor extraction cases. *J Clin Orthod*. 2009; 43 (1): 45-51.

Dirección para correspondencia:
Dra. Beatriz Gurrola Martínez
E-mail: beatgurrola@gmail.com