

# Revista Andaluza de Cirugía Bucal

Año 2026 / N° 34

- RESCATE DE INCISIVOS SUPERIORES IMPACTADOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

- RESTAURACIÓN DENTOALVEOLAR INMEDIATA EN ALVEOLOS CON COMPROMISO ESTÉTICO

- IMPLANTES ESTRECHOS CON PLATAFORMA DE 3 MM EN ATROFIA HORIZONTAL EXTREMA DEL SECTOR ANTERIOR MEDIANTE CIRUGÍA GUIADA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.



Asociación  
Andaluza  
de Cirugía Bucal

## RESCATE DE INCISIVOS SUPERIORES IMPACTADOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aguilera-Ramos G<sup>1</sup>, Fernández – Figares Conde, I<sup>1</sup>, Baus-Domínguez M<sup>1</sup>, Torres-Lagares D<sup>1</sup>, Gutiérrez-Pérez JL<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

<sup>2</sup> UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

### RESUMEN

#### Introducción

La impactación del incisivo central superior constituye una anomalía eruptiva de baja prevalencia, pero de gran impacto estético y psicosocial. Su etiología es multifactorial, predominando las barreras físicas o la fibrosis mucosa. El diagnóstico precoz y el manejo interdisciplinar son claves para un tratamiento exitoso.

#### Caso clínico

Paciente femenina de 13 años acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, derivada al Máster de Cirugía Bucal por presencia de incisivos centrales superiores incluidos.

#### Discusión

La impactación del incisivo central superior presenta una etiología multifactorial y requiere una evaluación radiológica detallada, a partir de la cuál la selección del abordaje terapéutico debe dirigirse hacia aquel que permita la aplicación de fuerzas ortodóncicas controladas y en una dirección favorable.

#### Conclusiones

El rescate ortodóncico-quirúrgico es una alternativa terapéutica eficaz y conservadora. El éxito depende de un diagnóstico preciso, la selección de la técnica quirúrgica adecuada y un enfoque integral que abarque la colaboración interdisciplinaria.

#### Palabras claves

"incisor"  
"included"  
"impacted"  
"dental"  
"pathology"  
"surgery"

## INTRODUCCIÓN

La erupción dentaria es un proceso biológico complejo que involucra la exfoliación de los dientes temporales y la emergencia de la dentición permanente. Diversos factores pueden modificar su secuencia o velocidad normal, favoreciendo alteraciones eruptivas y trastornos oclusales<sup>1</sup>.

En este contexto, la impactación dental se define como una afección clínica común en la cual un diente no logra erupcionar en su posición fisiológica dentro de la arcada dental dentro del tiempo biológicamente esperado. Desde el punto de vista fisiológico, la erupción normal ocurre cuando el diente ha desarrollado entre la mitad y tres cuartos de su longitud radicular; cualquier desviación significativa de este patrón sugiere una alteración patológica en el mecanismo eruptivo. Esta condición afecta aproximadamente a entre el 0,8% y el 3,6% de la población general<sup>2</sup>.

En particular, los incisivos centrales inician su calcificación entre los 3-4 meses de vida y erupcionan normalmente entre los 6 y 9 años. Debido a su relevancia estética y funcional, el tratamiento de su impactación puede resultar complicado y de alta exigencia clínica. Por ello, se establece como norma clínica que, si el incisivo central maxilar no ha erupcionado a los 8 años, se debe evaluar su posición radiográfica para descartar obstrucciones físicas, siendo los dientes supernumerarios la causa en el 47% de los casos<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista epidemiológico, los dientes que presentan impactación con mayor frecuencia son los terceros molares, seguidos por los caninos maxilares, los segundos premolares mandibulares y, en menor proporción, los incisivos centrales maxilares<sup>2,4,5</sup>. No obstante, aunque la impactación del incisivo central superior permanente presenta una prevalencia baja en comparación con otras piezas dentarias, las cifras varían según la población estudiada, oscilando entre un 0.06% y un 2.6% a nivel mundial<sup>2</sup>.

En relación con el diagnóstico de la impactación dental, se basa inicialmente en la ausencia del diente dentro del período eruptivo esperado o en la asimetría con respecto al diente contralateral. Tradicionalmente, los métodos radiográficos más comunes para el diagnóstico de la impactación dental han sido las radiografías periapicales y las panorámicas. Sin embargo, en muchos casos, el diagnóstico basado exclusivamente en radiografías bidimensionales (2D) puede generar errores de interpretación de la inclusión dental debido a distorsiones de la imagen y la superposición de otras estructuras anatómicas<sup>6</sup>.

Por esta razón, actualmente, el estándar de oro para el diagnóstico y la planificación del tratamiento es la Tomografía Computarizada de Haz Cónico (CBCT) permite determinar con precisión la posición del diente en los tres planos del espacio, su proximidad a estructuras anatómicas nobles y la presencia de reabsorciones radiculares en dientes vecinos, facilitando un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo y una biomecánica ortodóncica más segura<sup>2</sup>.

En cuanto a la etiología de la impactación dental es multifactorial, resultando de la interacción de factores sistémicos, locales y genéticos. Los factores sistémicos incluyen alteraciones del desarrollo general o del metabolismo óseo, como trastornos endocrinos, antecedentes de radioterapia o displasias esqueléticas. En estos casos, la impactación suele ser múltiple o generalizada.

Por otro lado, los factores locales constituyen la causa más frecuente de impactación e incluyen el fallo en la reabsorción de la raíz del diente temporal, la pérdida prematura de dientes deciduos con cierre del espacio, el apiñamiento severo, las patologías foliculares o las alteraciones de la trayectoria eruptiva por traumatismos orales en la infancia temprana. Además, se ha identificado una base hereditaria relacionada con anomalías en la posición del germen dentario y defectos del desarrollo alveolar<sup>2,7</sup>.

Como consecuencia, la no intervención o el diagnóstico tardío de un incisivo incluido puede generar una serie de complicaciones progresivas, tanto funcionales como estéticas. Entre las más relevantes se encuentran la migración de dientes adyacentes con pérdida de la línea media, las reabsorciones radiculares de los dientes adyacentes, el desarrollo de patología quística o la anquilosis del diente impactado<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista terapéutico de los incisivos maxilares impactados requiere un enfoque multidisciplinar. Las opciones descritas en la literatura incluyen desde la creación de espacio para permitir la erupción espontánea hasta la extracción del incisivo seguida de rehabilitación protésica.

Sin embargo, la exposición quirúrgica con tracción ortodóncica es considerada el tratamiento de elección por sus resultados estéticos y funcionales<sup>8</sup>.

En este sentido, se describen dos técnicas quirúrgicas principales: la técnica abierta, que deja la corona expuesta, pero puede comprometer la estética gingival, y la técnica cerrada o de colgajore posicionada, indicada en impactaciones altas. Esta última permite una erupción guiada a través de encía queratinizada, simulando el proceso fisiológico, aunque requiere una mecánica ortodóncica más precisa<sup>9</sup>.

Finalmente, resulta fundamental realizar una evaluación preoperatoria exhaustiva, seleccionar adecuadamente la técnica quirúrgica y establecer un seguimiento postoperatorio periódico, con el objetivo de optimizar los resultados clínicos y minimizar el riesgo de complicaciones.

## **CASO CLÍNICO**

Se presenta un caso clínico de una paciente mujer de 13 años que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla en el año 2013. La paciente fue inicialmente evaluada en el Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, y tras el diagnóstico radiográfico fue derivada al Máster de Cirugía Bucal por presencia de incisivos centrales superiores incluidos. Según la anamnesis e historia clínica, la paciente no presentaba antecedentes médicos personales o familiares relevantes y no se encontraba en tratamiento farmacológico. Tampoco presentaba alergias conocidas ni hábitos nocivos. En cuanto al estado bucodental, la paciente mantiene una higiene oral adecuada, no presenta patología periodontal ni infecciones activas.

No refiere sintomatología asociada a los dientes incluidos, aunque expresa preocupación estética. Se realizaron las pruebas diagnósticas clínicas y radiográficas necesarias para determinar el tratamiento más adecuado. En el análisis radiográfico, mediante radiografías periapicales y ortopantomografía, se confirmó la retención de los incisivos centrales superiores. Debido a su localización vestibular favorable, se seleccionó un abordaje conservador mediante el rescate quirúrgico y la tracción ortodóncica, con el objetivo de lograr su correcta reposición en la arcada, evitando así la exodoncia y la posterior rehabilitación con implantes tras la finalización del crecimiento.

El procedimiento quirúrgico se inició con la administración de anestesia local mediante técnica infiltrativa en el fondo de vestibulo de la zona a intervenir, abarcando las piezas adyacentes desde canino a canino, con el fin de lograr la adecuada anestesia del nervio alveolar superior.

Una vez confirmada la correcta anestesia de la zona, se realizó una incisión intrasulcular, siguiendo el contorno de los cuellos dentarios a lo largo del surco gingival vestibular a nivel óseo. Para ello se utilizó una hoja de bisturí del número 15C, extendiendo la incisión desde la cara distal del 13 hasta la cara distal del 23, dado el carácter bilateral de la inclusión (Figura 1).



**Figura 1. Incisión festoneada**

Posteriormente, se elevó un colgajo mucoperióstico a espesor total mediante el uso de un periostotomo, con movimientos controlados y progresivos para evitar desgarrar el tejido blando. Una vez despegado el colgajo mediante separador de Minnesota, permitiendo un adecuado acceso y visibilidad del área quirúrgica (Figura 2).



**Figura 2. Despegamiento colgajo mucoperióstico.**

Durante la exploración quirúrgica se constató que los incisivos presentaban una retención de tipo submucosa, por lo que no fue necesario realizar una osteotomía para exponer la corona dentaria. A continuación, se aseguró un adecuado aislamiento del campo operatorio mediante el uso de gasas estériles, con el objetivo de mantener un entorno seco y libre de contaminación para la colocación de los botones de tracción.

El procedimiento adhesivo se realizó siguiendo el protocolo convencional: se aplicó ácido ortofosfórico al 37% durante 20 segundos seguido de un abundante lavado y secado. Posteriormente, se colocó el sistema adhesivo y se polimerizó durante 20 segundos. Finalmente, se fijaron los botones con composite fluido y se volvió a polimerizar durante 20 segundos (Figura 3).



**Figura 3. Cementado de botones.**

Por último, se reposicionó el colgajo en su posición original, dejando la ligadura salir a nivel crestal. Seguidamente, se procedió a realizar el cierre primario de la herida mediante sutura, empleando puntos colchoneros verticales en la zona interpapilar con el fin de preservarlas papilas, y puntos simples en la zona crestal para asegurar una adecuada adaptación de los tejidos (Figura 4).



**Figura 4. Sutura**

Se colocó una gasa sobre la zona quirúrgica y se proporcionaron las indicaciones y cuidados postoperatorios correspondientes. Se indicó enjuague con clorhexidina al 0.12% dos veces al día durante una semana, y como tratamiento farmacológico Amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante una semana, e Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas alternando con Paracetamol 650 mg como analgésico de rescate.

## DISCUSIÓN

El tratamiento de los incisivos impactados constituye un desafío clínico en pacientes jóvenes y adolescentes. Esta complejidad no deriva únicamente del abordaje terapéutico, sino de la demanda estética y funcional que supone el sector anterior. El éxito del tratamiento, definido como la correcta alineación del diente en la arcada con un periodonto sano y una estética gingival armónica, depende de una correcta planificación.

En cuanto a la incidencia de esta patología, Loscertales Martín de Agar y cols. (1) en el año 2025, exponen una prevalencia general de incisivos impactados del 1.73%, siendo la mayoría superiores. Un hallazgo relevante de este estudio es el dimorfismo sexual observado: la impactación de incisivos superiores mostró una prevalencia significativamente mayor en hombres ( $p=0.004$ ).

Desde el punto de vista etiológico, la impactación del incisivo central superior presenta un origen multifactorial.

Diversos autores destacan la importancia de los factores locales, especialmente las barreras mecánicas como los dientes supernumerarios, los odontomas o la fibrosis de los tejidos blandos, así como las alteraciones de la trayectoria eruptiva secundarias a traumatismos en la dentición temporal. Estos factores, si no son identificados y tratados precozmente, pueden comprometer la erupción espontánea del diente permanente y favorecer la aparición de complicaciones asociadas<sup>2,7</sup>.

En relación con el diagnóstico radiológico, la evaluación inicial de los dientes impactados generalmente se realiza mediante ortopantomografía, debido a su disponibilidad y capacidad para ofrecer una visión general. Sin embargo, el CBCT permite obtener mediciones angulares y lineales más precisas, valorar la posición tridimensional y detectar la presencia de reabsorciones de dientes adyacentes<sup>6</sup>. Respecto al abordaje terapéutico, la exposición quirúrgica con tracción ortodóncica se considera el tratamiento de elección en aquellos casos en los que el incisivo impactado presenta un desarrollo radicular adecuado y una posición favorable para su reposicionamiento en la arcada<sup>7</sup>. Así mismo, la elección de la técnica quirúrgica seleccionada influye de manera determinante en el resultado final. La técnica de erupción cerrada ha sido ampliamente recomendada como la opción terapéutica de preferencia cuando el diente impactándose localiza en una posición central dentro del alveolo o en una ubicación más apical. En esta técnica un fallo en la adhesión del botón o aditamento de tracción puede conllevar una nueva intervención. Sin embargo, en comparación con la técnica abierta, la erupción cerrada ofrece ventajas como una cicatrización más favorable, menor morbilidad postoperatoria, reducción de las alteraciones funcionales<sup>2</sup>.

En este sentido Cruz R y cols. (8) señalan que la selección del método más adecuado debe orientarse a aquel que permita la aplicación de fuerzas ortodóncicas controladas y en una dirección favorable, siendo elegido por el ortodoncista y con el objetivo de minimizar el riesgo de lesiones en los dientes adyacentes.

Finalmente, debe destacarse que el manejo exitoso de los incisivos centrales incluidos requiere un enfoque multidisciplinar, en el que la colaboración entre cirujano bucal, ortodoncista y odontopediatra resulta fundamental. Una adecuada evaluación preoperatoria, la selección individualizada de la técnica quirúrgica y un seguimiento clínico y radiográfico periódico son elementos esenciales para minimizar el riesgo de complicaciones, garantizar la estabilidad del tratamiento y alcanzar un resultado funcional y estéticamente satisfactorio<sup>10</sup>.

## CONCLUSIONES

1 - El rescate de incisivos impactados mediante tracción ortodóncica constituye una alternativa terapéutica eficaz, conservadora y con un pronóstico favorable.

2 - El tratamiento exitoso de los dientes impactados exige un conocimiento detallado de los factores etiológicos involucrados y la implementación de un abordaje integral basado en la cooperación interdisciplinaria entre odontopediatras, cirujanos bucales y especialistas en ortodoncia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Loscertales-Martín-de-Agar B, Cabezas-Corado Á, Baus-Domínguez M, Loscertales- Abril J, Torres-Lagares D. Dental Anomalies: Prevalence, Patterns of Association and Relationship With Dental Age. *Int Dent J* 2025 Dec;75(6):103962.
2. Kaczor-Urbanowicz K, Zadurska M, Czochrowska E. Impacted Teeth: An Interdisciplinary Perspective. *Adv Clin Exp Med* 2016;25(3):575-585.
3. Alberto PL. Surgical Exposure of Impacted Teeth. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* 2020;32(4):561-570.
4. Chu FCS, Li TKL, Lui VKB, Newsome PRH, Chow RLK, Cheung LK. Prevalence of impacted teeth and associated pathologies--a radiographic study of the Hong Kong Chinese population. *Hong Kong Med J* 2003 Jun;9(3):158-163.
5. Grover PS, Lorton L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985 Apr;59(4):420-425.
6. Peralta-Mamani M, Rubira C, López-López J, Honório H, Rubira-Bullen I. CBCT vs panoramic radiography in assessment of impacted upper canine and root resorption of the adjacent teeth: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Exp Dent* 2024 Feb 1;16(2):e198-e222.
7. Ozan F, Kara I, Ay S. Impacted mandibular permanent incisors associated with a supernumerary tooth: a case report. *Eur J Dent* 2009 Oct;3(4):324-328.
8. Cruz RM. Orthodontic traction of impacted canines: Concepts and clinical application. *Dental Press J Orthod* 2019;24(1):74-87.
9. Sampaziotis D, Tsolakis IA, Bitsanis E, Tsolakis AI. Open versus closed surgical exposure of palatally impacted maxillary canines: comparison of the different treatment outcomes—a systematic review. *Eur J Orthod* 2018 Jan 23;40(1):11-22.
10. Huang Y, Lin Y, Hung C, Lai Y. Surgical considerations and management of bilateral labially impacted canines. *J Dent Sci* 2016 Jun;11(2):202-206.