

Autotrasplante dental

*Jorge Carlos Ramos Ynestroza**
*Eva Alejandra Urrutia Machuca***
*Jenny Marcela Ramos Aguilar****
*Miryam Jackeline Meza Rodríguez*****

Resumen

El autotrasplante dental es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de un órgano dentario incluido y la realización de un neo-alvéolo para la reposición del diente en su nueva ubicación y lugar en la arcada dental, tomando siempre en cuenta algunos criterios, para que el procedimiento pueda ser considerado como exitoso. El presente artículo muestra un caso clínico de autotrasplante dental, el cual fue tratado de forma multidisciplinaria con las especialidades de Cirugía y Patología Bucal, Endodoncia y Ortodoncia. Este procedimiento llevó a la paciente a recuperar su función masticatoria y estética tomando en cuenta que el órgano dentario que se autotransplantó logró recuperar su vitalidad.

Palabras claves: Autotrasplante dental; neo-alvéolo; quirúrgico.

Abstract

Dental autotransplantation is a surgical procedure, which consists of the extraction of an included dental organ and the realization of a neo-socket for the replacement of the tooth in its new location and place in the dental arch, always taking into account some criteria, so that the procedure can be considered as successful. This article shows a clinical case of dental Autotransplantation, which was treated in a multidisciplinary way, with the Specialties of Oral Surgery and Pathology, Endodontics and Orthodontics, which led the patient to recover her masticatory and aesthetic function taking into account that the organ dental that was self-transplanted managed to regain its vitality.

Keys words: Dental self-transplantation; neo-alveoli; surgery.

* Docente Titular II. Facultad de Odontología, UNAH. CORCID-ID 0000 0001 8020 1926

** Docente Titular II. Facultad de Odontología, UNAH. CORCID-ID 0000 0002 6348 1310

*** Docente Titular II. Facultad de Odontología, UNAH.

**** Doctora en Servicio Social. Facultad de Odontología UNAH. CORCID -ID 0000 0002 7338 2623

Introducción

Cuando nuestros pacientes se presentan al consultorio con un órgano dentario perdido solemos optar por una rehabilitación, pero siempre con los tratamientos más comunes como prótesis removible, prótesis fijas e implantes dentales. Sin embargo, tenemos una opción muchas veces más accesible y de mayor duración como los autotrasplantes dentales que también son otra alternativa en algunos procedimientos ortodónticos en los cuales la tracción de dientes es imposible.

En este caso, se realiza la extracción de un órgano dentario permanente incluido, realizando un neo alvéolo y recolocación del diente en su nueva posición. Este procedimiento quirúrgico es descrito por primera vez en el antiguo Egipto, es decir, que es un procedimiento bastante antiguo, que con el pasar de los años se le ha hecho muchas modificaciones para poder lograr un completo éxito; sin embargo, a menudo, es pasado por alto como alternativa, aunque es un tratamiento eficaz. Su valor reside en el hecho de que permite la reconstrucción de la arcada dental utilizando el material más biocompatible, que es el propio órgano dentario del paciente. Pero el trasplante de dientes es percibido con frecuencia por cirujanos como una alternativa imprevisible debido a no estar familiarizados con el procedimiento.

Presentación del caso

Paciente femenino de 12 años de edad sin antecedentes médicos de interés ni enfermedad de base, que acude a la Facultad de Odontología (UNAH), con remisión de ortodoncia ante la presencia de una pseudoanodoncia en el sector anterior superior, confirmando dicho hallazgo con una radiografía panorámica (Figura 1), en la cual se pudo observar una zona radiopaca compatible con la presencia del órgano dentario 2,1 en una posición ectópica y su corona incluida en una lesión radiolúcida más la presencia de otra zona

radiopaca compatible con un órgano dentario supernumerario. Ante esta imagen radiográfica convencional se solicitó una tomografía Co-



Figura 1. Radiografía Panorámica, zonas radiolúcidas y radiopacas en la zona anterior superior.

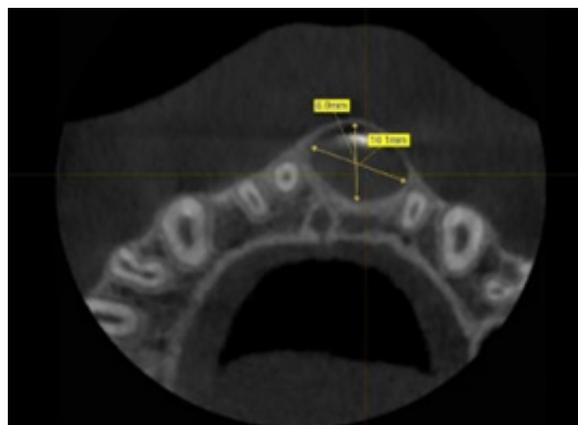


Figura 2. A Corte Axial.

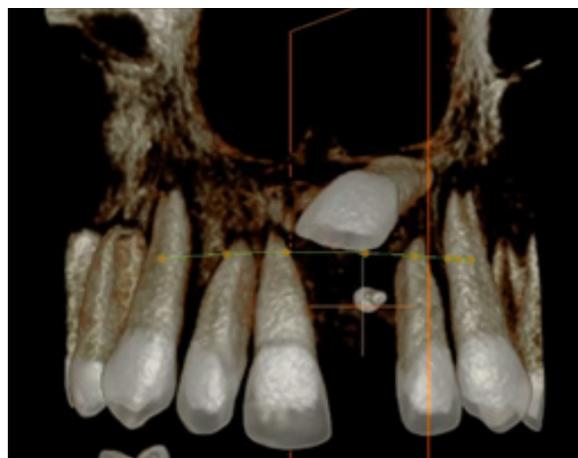


Figura 2. B Reconstrucción Volumétrica.

ne-Beam (Figura 2) y se pudo determinar que la zona radiolúcida es de aproximadamente 10 x 8 mm de tamaño. Por lo que se consideró que el incisivo 2,1 no tenía posibilidad de erupcionar en su proceso alveolar, ni tampoco mediante tracción ortodóntica.

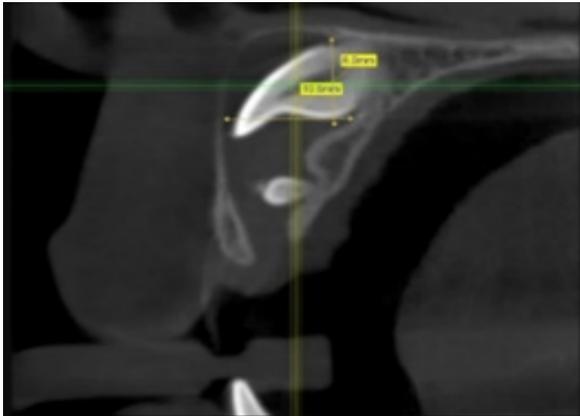


Figura 2. C Corte Sagital. Dimensión de la zona radiolúcida y evidencia radiopaca de central superior izquierdo y órgano dentario supernumerario

Ante esta situación se solicitó al Servicio de Ortodoncia la colaboración colocándole a la paciente un resorte expansor (Figura 3) para que al momento de la cirugía se encontrara el espacio adecuado para el órgano dentario 2,1. En el momento de la cirugía como fase profiláctica se indicó Amoxicilina 500mg y Diclofenaco de 50mg, 1 hora antes del procedimiento quirúrgico.



Figura 3. Resorte Expansor. Inicio del tratamiento Ortodóntico.



Figura 4. Exposición del órgano dentario supernumerario. Evidencia clínica al reflejar colgajo de espesor total.

Fase quirúrgica: se realizó la correcta asepsia y antisepsia del área intra y extraoral con yodo povidine y se infiltró anestesia local Mepivacaína 2% 1: 100,000 y seguido de esto se realizó una incisión intrasurcular para luego realizar una relajante obteniendo un colgajo triangular para un mejor acceso. Ya con el hueso expuesto se realizó osteotomía, con la cual pudimos acceder donde estaba el órgano dentario supernumerario el cual fue extraído (Figura 4). Asimismo se enucleó la lesión junto con el órgano dentario 2,1 debido a que esta se encontraba adherida a la corona de dicho órgano dentario (Figura 5). Se tuvo el máximo cuidado de no manipular la raíz del diente.

Una vez terminada de separar la cápsula quística del órgano dentario, este fue colocado de nuevo en el lugar donde estaba mientras se preparaba el neo-alvéolo con la pieza de mano de baja velocidad y una fresa 703.



Figura 5. Enucleación de la cápsula quística. Previo al examen histopatológico compatible con un quiste dentigero.

La cápsula quística fue colocada en un frasco con formalina para ser enviada al laboratorio para su examen histopatológico. Con el alvéolo preparado se irrigó bien toda el área y se reposicionó el diente colocando una férula de resina (Figura 6) para evitar el movimiento y poder realizar el injerto de hueso (Figura 7). También se posicionó el colgajo y se realizaron 5 puntos de sutura simple seda 3-0 (Figura 8). En la fase post quirúrgica los puntos de sutura fueron retirados 7 días. Aparte de la férula de resina la ortodoncista le colocó una ligadura de metal para una mayor ferulización.



Figura 6. Ferulización con resina. Órgano dental central superior izquierdo en la posición que corresponde.

La paciente ha sido controlada con visitas periódicas para valorar la evolución del caso, el cual ha sido considerado como exitoso a sus 16 meses de haberse realizado el procedimiento. Debido a la correcta cicatrización del hueso, a la formación del ligamento periodon-



Figura 7. Injerto de 1cc de hueso. Evidencia clínica de la regeneración de la zona.



Figura 8. Sutura simple. Cierre primario de la zona quirúrgica.

tal y a la no reabsorción radicular (Figura 9) y, sobre todo, a una revascularización, ya que ha respondido positivamente a las pruebas térmicas (calor y frío), demuestra que el órgano dentario mantiene su vitalidad. Se le devolvió la función y estética a la paciente (Figura 10).



Figura 9. Longitud del órgano dentario 2,1. Longitud inicial imagen de lado izquierdo. Longitud final imagen lado derecho.



Figura 10. Resultado final. Recuperación de la función estética y masticatoria.

Discusión

En el presente caso tenemos a una paciente con una alteración en la erupción dental debido a una posición ectópica en el maxilar a lo cual se asocia también la inclusión de la corona en un quiste dentígero, según reporte de la biopsia. Debido a que este diente no podía ser traccionado, se tomó la decisión de realizar la enucleación de la lesión, seguido del autotrasplante dental para poder devolverle la función y la estética a la paciente.

Es conocido que este procedimiento tiene una tasa de éxito superior al 90%, pero para su realización también se requiere que el órgano dentario posea una formación radicular de tres cuartos o formación de raíz completa, ya que demuestra que tienen el mejor pronóstico para la supervivencia a largo plazo. Cuando un diente es auto trasplantado es preferible postergar el tratamiento endodóntico para darle tiempo al órgano dentario de cicatrizar y de que ocurra una revascularización debido a que esto es más beneficioso para el paciente. El tratamiento endodóntico se realizará solo si observamos cambios patológicos, necrosis pulpar y/o cambios peri radiculares, así como resorción radicular. Para que estos procedimientos tengan éxito, aparte de un buen manejo quirúrgico, se requiere de colaboración post operatoria del paciente siguiendo las indicaciones y cuidados necesarios, así como también asistir a las citas control para obtener un buen resultado.

Conclusiones

El autotrasplante dental es una alternativa con muy buenos resultados para pacientes en los que es imposible realizar la rehabilitación convencional o cuando estamos frente a la ausencia de órganos dentarios, como en este caso, por una alteración eruptiva se optó por este procedimiento.

Hay que tener en cuenta también varios factores para tener una tasa de éxito alta: en primer lugar, para aumentar la tasa de éxito del trasplante de dientes, una membrana periodontal sana debe estar presente. El diente y la morfología de la raíz a trasplantar deben ser anatómicamente convencionales. Además, la infección debe estar ausente en el sitio receptor, y durante la cirugía, el periodo extra oral deber ser corto y el trauma debe ser minimizado para evitar daños tanto en tejidos blandos como duros. La fijación del diente debe ser en un lapso de 4-6 semanas como mínimo.

Bibliografía

- Cahuan *et al.* (2017) Autotrasplante dental como solución a un incisivo central con fracaso eruptivo. Reporte de un caso clínico. *Odontología Pediátrica* 217-225.
- Barrientos S. *et al.* (2012) Autotrasplantes dentales: revisión sistemática de la literatura. *Univ Odontol.* 31(66): 133-143.
- I. Brener, E. *et al.* (2016) Autotrasplante dental. Revisión de la literatura y presentación de dos casos. *Revista ADM*; 73 (4): 212-217.
- L.A. Machado *et al.* (2015) Long-term prognosis of tooth auto transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.
- Ji-Hyun Bae *et al.* (2010) Auto transplantation of Teeth with Complete Root Formation *JOE — Volume 36, Number 8, August.*
- Batwini *Autotrasplante dentario*, dirigido por Daniel Gallelli. 1a ed. - Buenos Aires: Gador.