

## **UNA SOLUCION DE LAS GRANDES ECTOPIAS PARA LA ORTOPEDIA**

### **EL AUTOTRASPLANTE DENTARIO**

Dres. Lidia Valobra\* y Walter Moliterno

#### **INTRODUCCION**

Podemos definir como trasplante, al cambio de un lugar a otro de la economía, de estructuras biológicas.

Entendemos por autotrasplante dentario, el de aquellas piezas dentarias, que por exodoncia intencional, son reubicadas en otro alvéolo de la misma boca, conservando por lo menos su vitalidad periodontal.

Por esta técnica quirúrgica se busca dar solución a aquellos casos donde los procedimientos ortopédicos u ortodóncicos, por las características de la anomalía de posición dentaria, son incapaces de resolver.

Se aplica mayoritariamente a la ectopía de los caninos superiores,

que ocupan el segundo lugar en las retenciones dentarias y son punto clave en la estabilidad de la oclusión y la estética.

La toma de decisión para la realización del trasplante, está condicionada primariamente por un buen estado de salud general, en paciente joven, colaborador y con una dentición natural; en estado de salud acorde a la magnitud de la intervención.

#### **METODOS**

El estudio de la pieza a trasplantar merece varias consideraciones:

1) Evaluación radiográfica que nos asegure tener espacio en sentido próximo-proximal para alojar la pieza a trasplantar, en caso de

\*Ex docente de la Fac. de Odontología.

Jefe de Servicio de Policlínica Odontológica Infantil del Hosp. Pereira Rossell.

Dirección de los autores: Dra. L. Valobra: Juan Paullier 1654, Apto. 102;

Dr. W. Moliterno: J.L. Terra 2736 bis

estar ésta totalmente retenida, o por medición clínica de la misma en caso de estar erupcionada.

2) Radiográficamente se debe tener la seguridad de que la pieza retenida pueda ser extraída sin dañarla y sin extirpar hueso, al punto de poner en peligro las piezas vecinas.

3) Grado de apexificación, con foramen amplio que favorece la revascularización de la pieza y en algunos casos, hasta su reinervación.

La persistencia del temporario y su esmerada avulsión nos provera de un alvéolo parcialmente labrado y un borde gingival, que, preservado cuidadosamente en la ampliación del alvéolo, tendrá una firme conexión con la pieza trasplantada desde el limbo epitelial interno del alvéolo.

Decidida la realización del trasplante luego de una correcta evaluación, se informa al paciente, o en su caso al familiar que lo acompaña, de los riesgos, posibilidad de éxito o fracaso de la intervención, buscando su aceptación.

## TECNICA

Fijada la fecha de la intervención, se indica ATB y antiinflamatorios pre y postintervención.

Acorde al caso se realiza sedación preanestésica. En todos los casos la técnica anestésica siempre es troncular, en busca de poca isquemia local.

La intervención comienza indefectiblemente por la avulsión de la pieza a trasplantar; de agitar en forma contraria, es decir si se avulsiona primero el temporario y luego no se puede hacer la exodoncia in toto de la pieza retenida, debiéndose descartar el trasplante, dejaremos al paciente con una brecha solucionable únicamente por medios protésicos.

Se practica el colgajo Newman Wassmund por vestibular o Chompret por palatino, estando su extensión en relación directa con el tipo de inclusión.

Luego de decolado el colgajo se realiza la osteotomía a fresa refrigerada con suero fisiológico, buscando liberar la corona dentaria ampliamente, pero con las máximas precauciones de no dejar sin soporte óseo las piezas dentarias vecinas, o lo peor, el fresado de la porción radicular de las mismas.

La luxación cuidadosa de la pieza la hacemos con elevador recto y la avulsión en sí con fórceps (figs. 1 y 2).

Sostenida la pieza siempre con el fórceps sin tocar para nada con las manos la porción radicular, preservando las fibras periodontales adheridas al cemento radicular, observamos la integridad de la pieza y la volvemos a reposicionar nuevamente en su alvéolo, buscando que su exposición fuera de su medio sea siempre lo más breve posible.

Es necesario recalcar en este paso y todos los pasos siguientes la

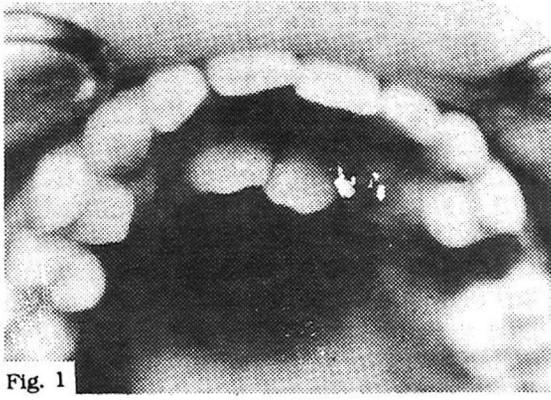


Fig. 1

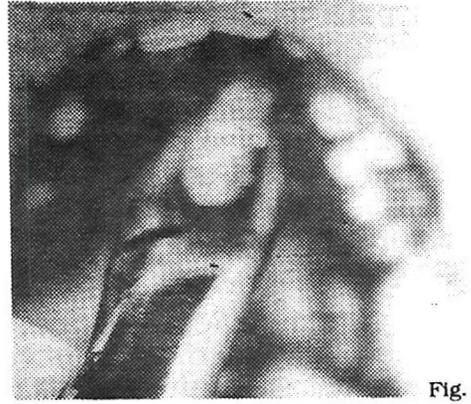


Fig. 2

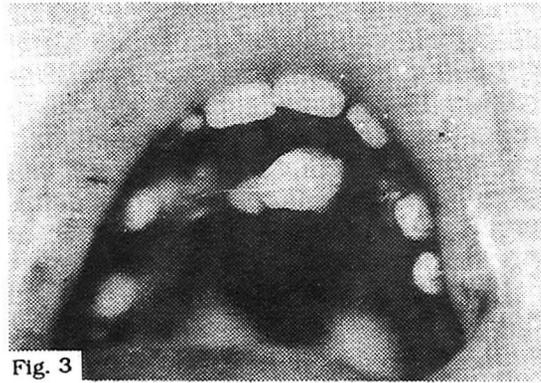


Fig. 3

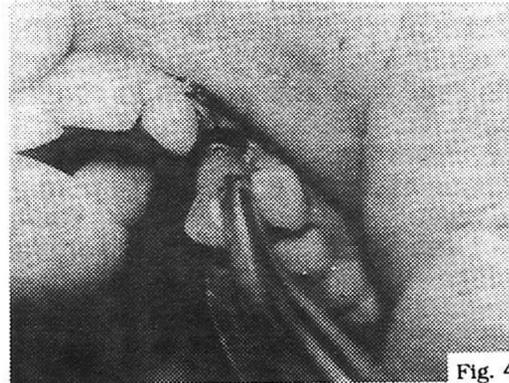


Fig. 4

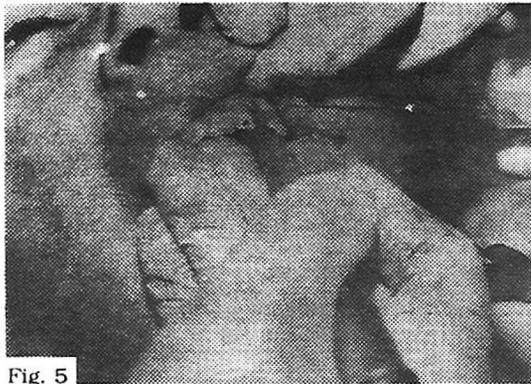


Fig. 5

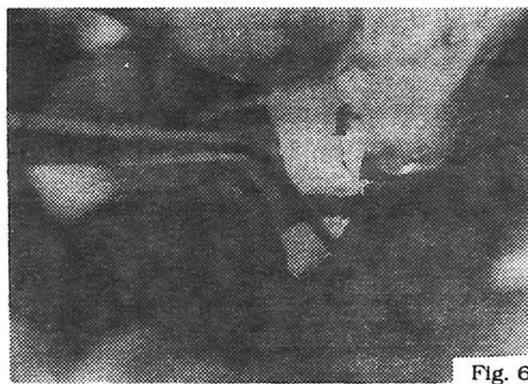


Fig. 6

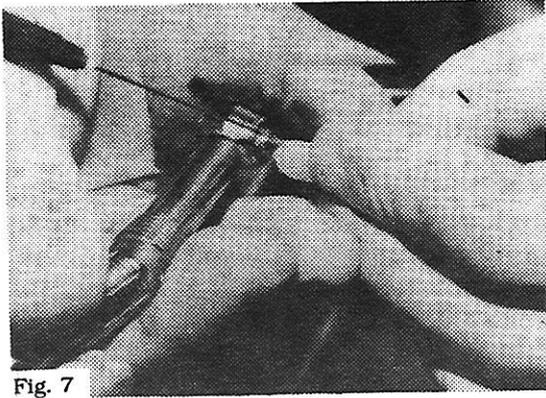


Fig. 7

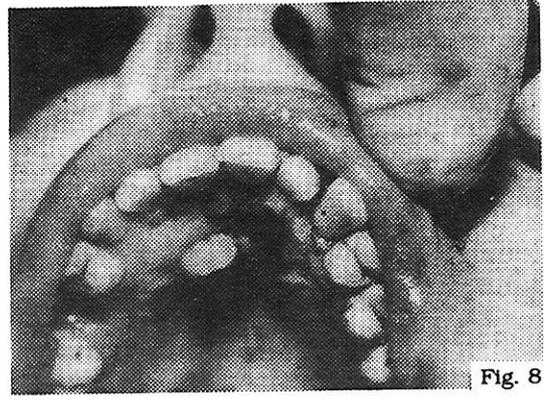


Fig. 8

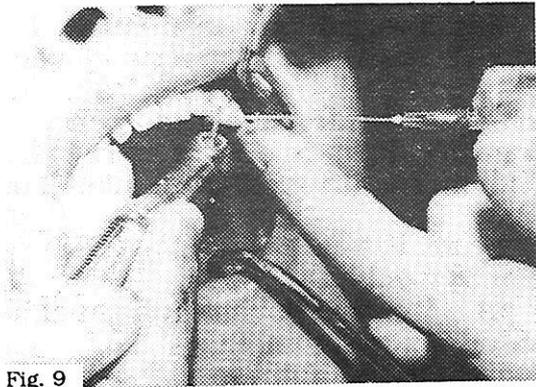


Fig. 9

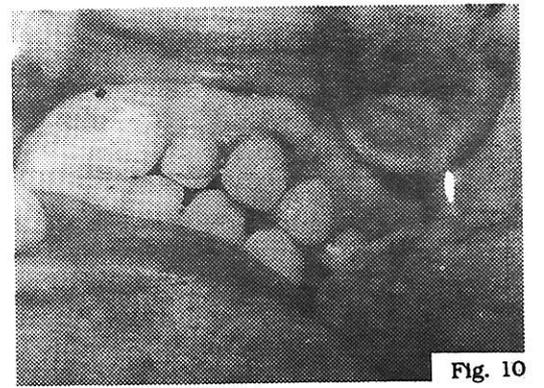


Fig. 10

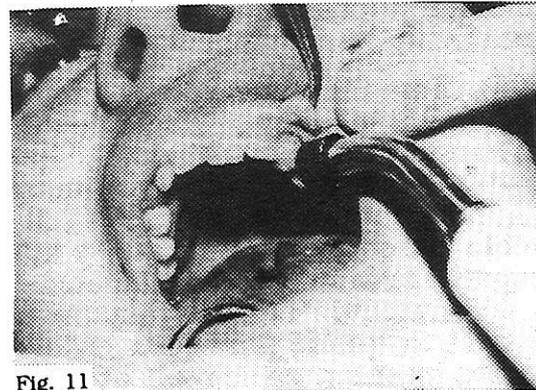


Fig. 11

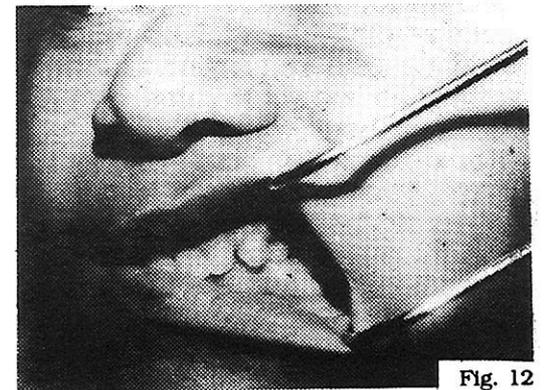


Fig. 12

preservación del periodonto del saco folicular y del cemento; el daño de estos elementos es la causa de la reabsorción externa radicular y del fracaso de la técnica (fig. 3).

Corresponde ahora la avulsión del temporario, en la que practicamos una esmerada sin desmoción, cuidando el borde gingival, elemento clave en la posterior conexión con la pieza a trasplantar. La exodoncia en sí la realizamos a fórceps. Tomada siempre con fórceps presentamos la pieza a trasplantar, en su futuro lecho para hacernos la idea del labrado óseo que debemos realizar (fig. 4).

El tallado de alvéolo se realiza a fresa refrigerada, en espesor y profundidad (fig. 5).

Paralelamente, hacemos la apicectomía de la pieza, lo que permitirá un contacto más amplio entre el paquete vasculonervioso y el coágulo del lecho óseo, en busca de la revascularización (figs. 6 y 7).

Algunos autores hacen la extirpación endodóntica, nosotros preferimos realizarla en forma mediata si el caso lo requiriera cuando observamos en controles radiográficos reabsorciones internas, a punto de partida del deterioro pulpar.

De ser necesarios algunos ajustes anatómicos coronarios, realizamos los mismos con turbina y piedras de diamante.

Puesta la pieza totalmente en posición, controlamos la oclusión y practicamos las correcciones necesarias (fig. 8 y 9).

La fijación de la pieza trasplantada a las piezas vecinas la hacemos en la actualidad por grabado ácido del esmalte y resinas de fotocurado, por vestibular y palatino de las caras proximales y por un lapso de cuarenta y cinco días (fig. 10 y 11).

Esta técnica de fácil y rápida realización, permitiendo en todo momento a la pieza estar en función, no observándose al momento de ser liberada de la fijación, movilidad del diente trasplantado, como observamos en muchos casos de fijación con férula acrílica.

Las fotografías que ilustran la técnica, corresponden a una joven a quien el 24/4/86 se hace la descubierta de los caninos en retención, dejando de concurrir a la clínica de ortopedia maxilar en 1987.

Se realiza la evaluación del paciente y del caso.

a) Paciente joven con buena salud general y bucal.

b) Piezas a trasplantar totalmente erupcionadas que aseguran una avulsión práctica sin trauma.

c) Tamaño coronario fácilmente adaptable al espacio que dejará el temporario en la arcada.

d) Persistencia de la pieza temporaria que nos brinda un alvéolo parcialmente labrado y un espacio mantenido en la arcada.

e) Decidido el autotrasplante, éste es aceptado por el paciente.

Los trasplantes se realizaron: el izquierdo el 14/11/87 y el derecho el 23/7/88.

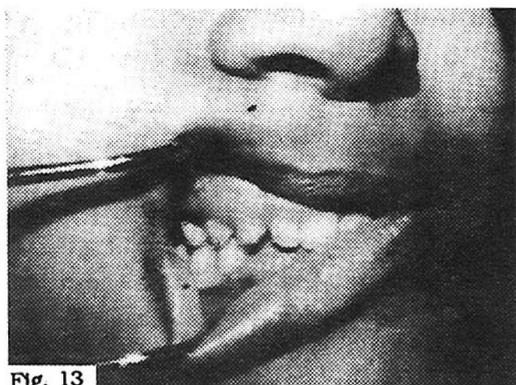


Fig. 13



Fig. 14

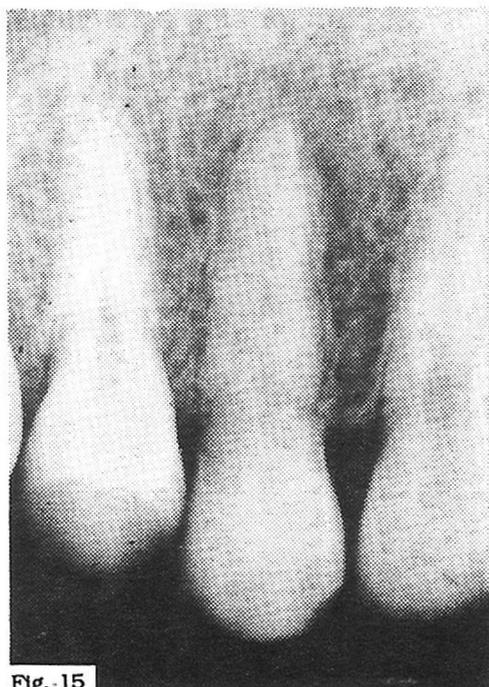


Fig. 15



Fig. 16

Las figuras 12, 13 y 14 son fotos tomadas en 1988 pertenecientes a dos trasplantes realizados en 1977. A efectos del paciente, evidencian un total éxito, pues persis-

ten en boca manteniendo su funcionalidad y salvan la estética. Técnicamente, el canino derecho (fig. 15), se muestra podríamos decir que perfecto. El izquierdo (fig.

16) es el reverso de la moneda. Observamos claramente un proceso de reabsorción radicular. La pérdida total de tejidos radiculares y la sustitución completa por un tejido óseo de características normales. El canino derecho es la muestra del triunfo de una técnica cuidadosa que observó puntillosamente las indicaciones expresadas anteriormente. El canino izquierdo es demostrativo en el tiempo de una técnica que aunque en forma involuntaria, no fue suficientemente precisa.

Se han presentado dos casos de

nuestra casuística que a nuestro entender son demostrativos del éxito y fracaso de la técnica.

## **CONCLUSIONES**

El autotrasplante dentario es un procedimiento quirúrgico que, debidamente indicado con una técnica sencilla pero precisa en su realización, colabora invalorablemente con la ortopedia maxilar en la resolución de graves ectopías dentarias, con muy buenos resultados funcionales y estéticos.