

# REPORTE DE CASO CLÍNICO. ORTODONCIA Y ENDODONCIA

## Avulsión y reimplantación de un incisivo central superior durante un tratamiento ortodóncico

### Avulsion and Reimplantation of a Maxillary Central Incisor During Orthodontic Treatment

Prof. Dr. Mahmood Ahmadi <sup>1</sup>, Prof. Dr. Ricardo Rosé <sup>2</sup>, Dra. Madelein Sánchez <sup>3</sup>, Dra. M. Cecilia Cattaneo <sup>4</sup>, Dra. Claudia Torello <sup>5</sup>, Dra. Stella Mamani <sup>6</sup>

1 Profesor Titular Cátedra de Ortodoncia Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires. Director Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, Cátedra de Ortodoncia Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

2 Profesor Adjunto Cátedra de Ortodoncia Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires. Docente Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar. Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires, Argentina.

3, 4 y 5 Jefes de Trabajos Prácticos Cátedra de Ortodoncia Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires. Docentes Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar. Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires, Argentina.

4 Alumna Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar. Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Presentado: 2 de diciembre de 2025

Aceptado: 5 de marzo de 2026

Publicado: Junio 2026

## RESUMEN

Se presenta un caso clínico con diagnóstico de pieza dentaria retenida. En el transcurso del mismo, el paciente sufre la avulsión traumática (1) de un incisivo central superior, la presencia del arco vestibular resulta fundamental en el proceso de reimplantación, fijación y estabilización posterior de la pieza dentaria traumatizada

**PALABRAS CLAVE (DeCS):** Avulsión dental; Reimplantación; Ortodoncia; Trauma dental; Diente retenido

## ABSTRACT

A clinical case is presented with a diagnosis of retained tooth. During the course of the treatment, the patient suffered a traumatic avulsion of an Upper Central Incisor, the presence of the vestibular arch is essential in the following process of reimplantation and stabilization of the traumatized tooth

KEYWORDS (MeSH): Tooth Avulsion; Replantation; Orthodontics; Dental Trauma; Impacted Tooth

## INTRODUCCIÓN

Paciente de 16 años en tratamiento con aparatología multibrackets y terapéutica ortodóncica para ubicación de 1.3 retenido. Luego de sufrir avulsión de pieza 2.1 por traumatismo, concurre al servicio de Guardia de la Facultad de Odontología de la U.B.A., donde se reimplanta (1) la pieza dentaria, fijándose en la posición correcta, aprovechando medios de anclaje y arcos utilizados en la biomecánica en curso. Se procede a realizar el tratamiento endodóntico de la pieza reimplantada, y se completa la terapéutica ortodóncica.

## CASO CLÍNICO

El caso clínico presentado, tratado en el marco de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Cátedra de Ortodoncia de la F.O.U.B.A (Piso 14), se presentaba favorable para la correcta ubicación del canino superior derecho (en retención palatina) en el arco dentario. Presenta buena relación máxilo-mandibular, sin discrepancia dento-alveolar, y muy buena actitud del paciente tanto en el ámbito clínico ortodóncico como quirúrgico.

El paciente inicia su tratamiento en agosto de 2022 , luego de dos meses se procede a efectuar la liberación de la pieza 13 en retención palatina, mediante el empleo de tecnología láser con el cementado del medio de anclaje para desarrollar la tracción correspondiente y la ubicación adecuada en el arco dentario. La biomecánica de la tracción se realiza mediante la combinación de cadena elastomérica continua y ligadura de acero inoxidable de .025 tomando como anclaje la caja palatina en banda molar pieza 16 en una primera etapa.

En marzo de 2023, el paciente sufre la avulsión traumática (1) de la pieza 21, concurre al Servicio de Guardia de la FOUBA, donde proceden a reimplantarlo, siguiendo el protocolo habitual IADT de la Asociación Internacional de Trauma Dental. Cabe destacar que, tanto el tratamiento como el pronóstico de la pieza avulsionada, resultaron favorecidos por la presencia de un arco vestibular de Niti redondo .016 anclado a la pieza a través del bracket, lo que habría permitido tanto la presencia ininterrumpida de flujo salival, como la conservación de células periodontales (1,2). Previa administración de anestesia sin vasoconstrictor, se descarta la existencia de fractura o daño alveolar, y se procede a la reimplantación sin ejercer fuerzas más allá de las impartidas por la memoria elástica de la aleación utilizada. Se comprueba la

correcta ubicación clínica y radiográficamente, prescindiendo de férulas inmovilizadoras. No se requiere el uso de suturas en laceraciones gingivales, se prescribe antibioticoterapia sistémica, se confirma prevención antitetánica, y se deriva para el tratamiento endodóntico correspondiente, el cual se lleva a cabo 14 días después.

A partir de este momento, se continúa con el tratamiento inicialmente planeado, tomando las precauciones que la pieza dentaria reimplantada nos imponía. Adicionalmente, se agregaron topes oclusales para consolidar el cruce del canino retenido hacia vestibular. En ese momento se decide la colocación de anclaje esquelético con mini implante palatino intra radicular entre 16 y 15, en reemplazo del anclaje de banda molar en la biomecánica de la tracción a distal de 13 retenido. Al llegar a la posición propicia, se inicia el cruce de la pieza mediante arco seccional, y luego se utiliza un cantilever confeccionado en TMA. La secuencia de arcos vestibulares incluye el uso de doble arco, con arco principal de 016x 022 en acero y el accesorio en NiTi .014 para seguir posicionando la pieza 13 en el arco dental. A partir de marzo de 2023 con la pieza 13 en posición correcta, se continúa con utilización de arco Niti 0.17 x 0.25, y arcos braided 0.19x 0.25 para la etapa de asentamiento de la oclusión. Se completa la etapa activa del tratamiento ortodóncico en noviembre de 2024, y se pasa a etapa de contención utilizando placa termoformada superior sin contención fija palatina para evitar posibles contactos con piezas dentarias antagonistas, y contención fija inferior por lingual de canino a canino. Se alcanzan los objetivos inicialmente previstos: ubicación de canino retenido en el arco dentario, correctos overjet y overbite, correctas llaves molar y canina, oclusión funcional, estética, salud periodontal y articular. Se indican las exodoncias de Terceros Molares, y los controles periódicos durante la etapa de contención.

## DISCUSIÓN

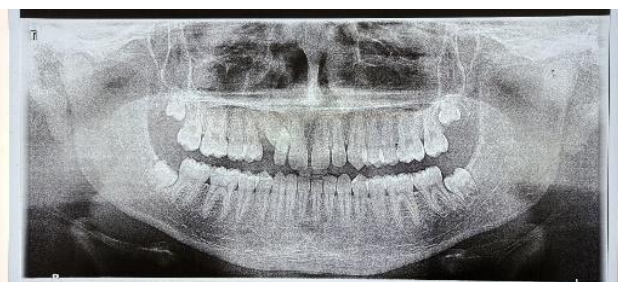
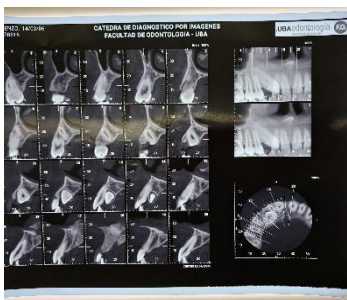
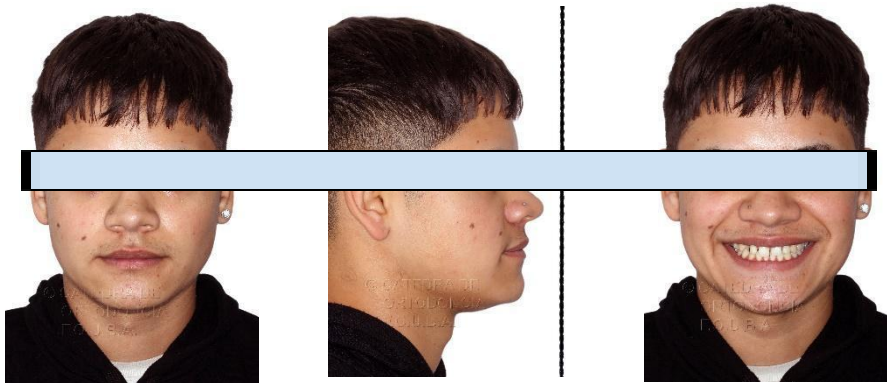
La reimplantación de una pieza dentaria avulsionada es siempre un desafío para la Odontología. En el caso clínico expuesto los objetivos iniciales del tratamiento se vieron comprometidos por el traumatismo descrito. El riesgo de anquilosis (2,3) futura de toda pieza dentaria reimplantada, es una realidad a evaluar durante la etapa de contención. Si hubiera una discusión esta sería, tal vez, el tipo de contención más adecuada que deberíamos prescribir, y la duración de la misma. Los controles tomográficos de la pieza 21 serían los más indicados para descartar posible reabsorción cementaria invasiva de cuello dentario, uno de los pocos signos diferenciales de posible desarrollo de anquilosis (2,3). No olvidemos que, más allá de

la finalización del crecimiento, los tejidos siguen modificándose toda la vida, lo que podría devenir en un movimiento natural del resto de las piezas dentarias pero no de la pieza eventualmente anquilosada.

## CONCLUSIONES

Un tratamiento habitual en la clínica de la Carrera de Especialización en la Cátedra de Ortodoncia de la FOUBA , como es la ubicación por medios ortodóncico-quirúrgicos de una pieza dentaria retenida, se vio comprometido por un evento desafortunado, que generó incertidumbre tanto en el propio paciente y su entorno familiar, como en todo el equipo profesional de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y de la Guardia de la Facultad de Odontología de la UBA.

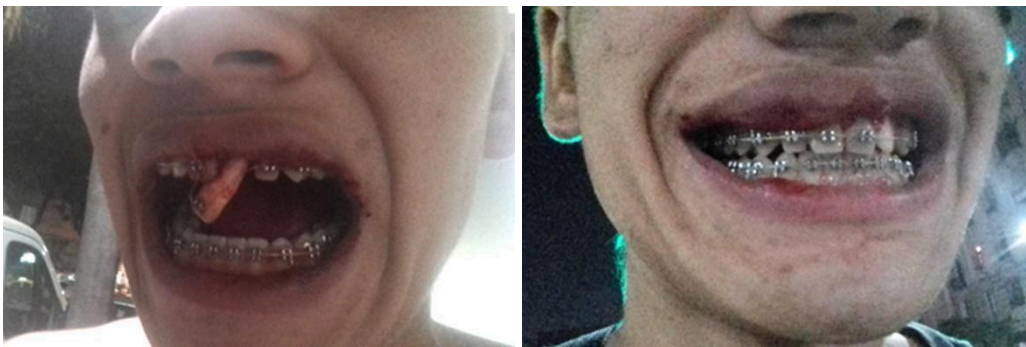
En este caso, como resulta evidente en las fotografías presentadas, más allá de cierta falta de calidad de estas, y ante la premura que la circunstancia requería, la presencia de un arco vestibular resultó ser una ventaja clínica a la hora de poder estabilizar la pieza dentaria traumatizada.



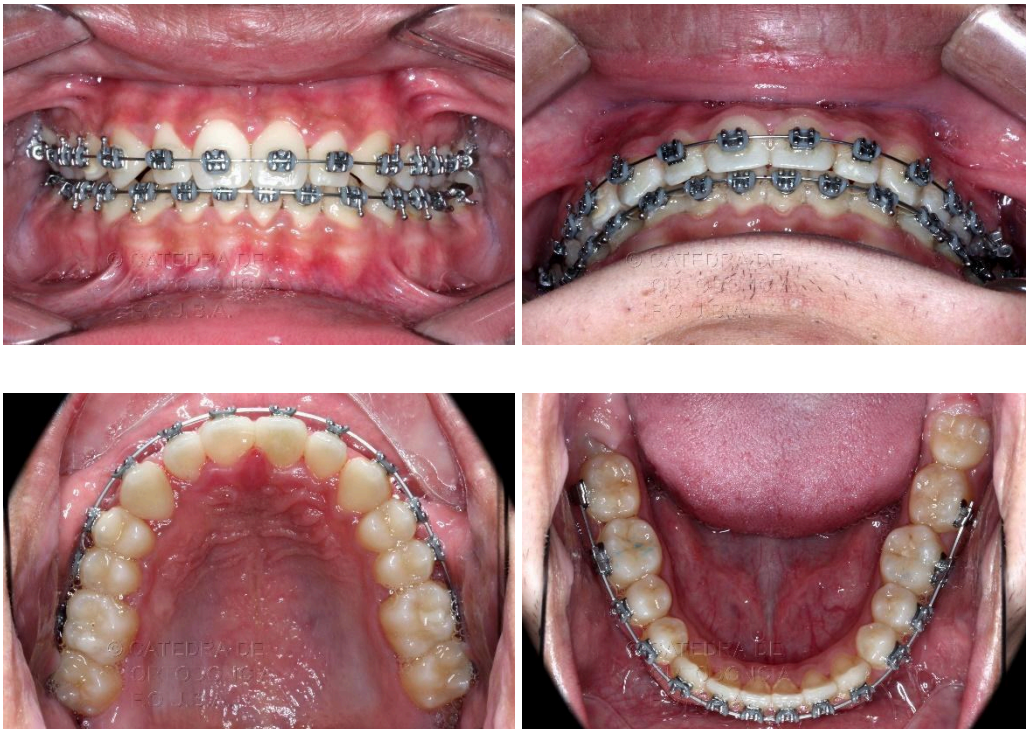
*Fotografías clínicas iniciales y auxiliares de diagnóstico: imágenes de rx panorámica, teleradiografía de perfil y cone beam para 13 retenido*

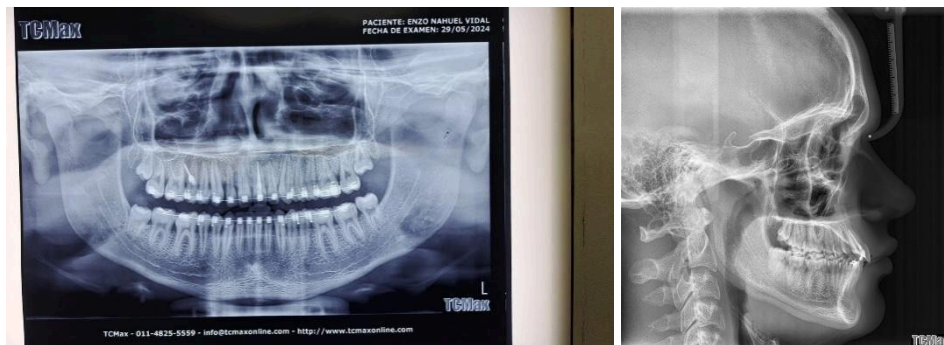


*Fotografías clínicas de la evolución del tratamiento (incisivo lateral superior derecho sin incluir hasta lograr movimientos terapéuticos del canino retenido)*

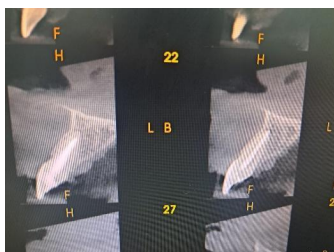


*Fotografías de la avulsión y reimplantación de pieza dentaria 21 . el canino superior derecho ya estaba en mejor posición en el arco dentario:*





*Fotografías de evolución del caso post-reimplantación y finales en oclusión habitual, desoclusiones , con contenciones en boca y auxiliares de diagnóstico*



*Fotografía del corte tomográfico de control pieza dentaria reimplantada al finalizar el tratamiento activo*

## AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Guardia Facultad de Odontología U.B.A. Cátedra de Endodoncia  
Facultad de Odontología U.B.A.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Correo de los autores: [cecilia.cattaneo@odontologia.uba.ar](mailto:cecilia.cattaneo@odontologia.uba.ar)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ngo CTT, Fishman LS, Rossouw PE, Wang H, Said O. Angle Orthod. 2018;88(4):384-389.
2. Jain S, Shetty KS, Jain S, et al. Angle Orthod. 2015;85(4):638-644.
3. Fu PS, Wang JC, Wu YM, et al. Angle Orthod. 2013;83(5):920-926.
4. Becker A. Tratamiento ortodóntico de los dientes retenidos. 3ª ed. Amolca; 2020.