
Estética de la sonrisa en paciente con incisivo central superior retenido. Presentación de caso

Smile aesthetics in patient with retained upper central incisor. Case presentation

Rosemarie de los Ríos-Mari^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9749-4008>

Ana Altunaga-Carbonell² <https://orcid.org/0000-0002-7116-4278>

Magda Lima-Álvarez³ <https://orcid.org/0000-0002-2472-4893>

Sonia de la Caridad Rodríguez-Ramos³ <https://orcid.org/0000-0002-3710-1003>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña. Departamento de Estomatología. Camagüey, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas. Clínica Docente Estomatológica. Departamento de Ortodoncia. La Vigía. Camagüey, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

***Autor para las correspondencia (e-mail):** rdelosriosmari@gmail.com

RESUMEN

Introducción: En la sociedad actual, la estética facial es un factor con un papel fundamental durante la interacción social, siendo la sonrisa una de las áreas más evaluadas cuando se interactúa con otra persona. Hoy en día se ha incrementado el interés por una sonrisa agradable y constituye el principal motivo de consulta en ortodoncia. Existen anomalías en la dentición que pueden llegar a afectar la estética de la sonrisa, donde la retención de los incisivos centrales superiores tiene gran repercusión estética y funcional pues intervienen en la forma de los labios además de la fonación.

Objetivo: Describir el tratamiento ortodóncico-quirúrgico de un caso clínico con incisivo central superior retenido para restablecer la estética, función y bienestar psicológico de la paciente.

Caso clínico: Paciente femenino de 10 años de edad, con afectación psicológica pues ha sido objeto

de burlas en la escuela. Perfil convexo. Ausencia clínica de 11 con espacio comprometido para su correcta ubicación en la arcada, con aumento de volumen de consistencia duro en el fondo del surco vestibular, lateral al frenillo medio superior en la zona vestibular superior a la línea mucogingival. A los Rx panorámica 11 retenido, en posición mesioangular, en el proceso alveolar sin alcanzar el plano oclusal, estadio 9 de Nolla. Resalte de 7 mm, sobrepase de 2 mm relación de molares neutroclusión, Clase I de Angle. Se realiza el proceso de diagnóstico y minuciosa planificación del tratamiento, siendo seleccionada la técnica quirúrgica abierta mediante un colgajo vestibular de reposición completa, con tracción ortodóncica.

Conclusiones: La terapéutica de un incisivo central retenido requiere un buen manejo multidisciplinario, siendo el tratamiento ortodóncico-quirúrgico una buena opción para la obtención de resultados estéticos y funcionales adecuados.

DeCS: INCISIVO/anomalías; TÉCNICAS DE MOVIMIENTO DENTAL; ESTÉTICA DENTAL; TERAPÉUTICA; ORTODONCIA.

ABSTRACT

Background: In today's society, facial aesthetics play a fundamental role in social interactions. The smile is one of the most evaluated features when interacting with others. Recently, there has been increased interest in having an attractive smile, which is the main reason people seek orthodontic treatment. Anomalies in dentition can affect the aesthetics of a smile. The retention of upper central incisors has significant aesthetic and functional consequences because they affect the shape of the lips and phonation.

Objective: To describe the orthodontic-surgical treatment of a clinical case with an impacted upper central incisor to restore the aesthetics, function and psychological well-being of the patient.

Clinical case: A 10-year-old female patient with psychological impairment due to bullying at school. She has a convex profile. There is a clinical absence of tooth 11, which has compromised the space for correct arch location. There is also an increased volume of hard tissue at the bottom of the vestibular sulcus, lateral to the upper median frenulum, and superior to the mucogingival line in the vestibular area. The panoramic X-ray shows that tooth 11 is retained in a mesioangular position in the alveolar process without reaching the occlusal plane (Nolla stage 9). There is a 7 mm overhang and a 2 mm overshoot. The molar ratio is neutroclusion, and the Angle classification is Class I. The diagnostic process and meticulous treatment planning were carried out. The open surgical technique was selected by means of a vestibular flap of complete replacement with orthodontic traction.

Conclusions: Retained central incisors require good multidisciplinary management. Orthodontic-

surgical treatment is an effective option for achieving adequate aesthetic and functional results.

DeCS: INCISOR/ abnormalities; TOOTH MOVEMENT TECHNIQUES; ESTHETICS, DENTAL; THERAPEUTICS; ORTHODONTICS.

Recibido: 07/09/2025

Aprobado: 14/11/2025

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, la estética facial es determinante durante la interacción social, ya que exige que la atención se dirija en principio a la boca y los ojos del sujeto con el que se está interactuando.⁽¹⁾ La boca se ubica en el centro de la cara, por lo que durante la comunicación la sonrisa constituye un aspecto fundamental en la percepción de la belleza y la apreciación de la apariencia y la personalidad por parte de los demás, así como en la buena autoestima.⁽²⁾

Hoy en día se ha incrementado el interés por una sonrisa agradable, la preocupación va más allá de la funcionalidad bucodental, incluyendo además a la belleza y armonía al momento de emitir el gesto y constituye el principal motivo en el momento de solicitar un tratamiento ortodóncico.^(1,2)

Existen anomalías en la dentición que pueden llegar a afectar la estética de la sonrisa como son: Afecciones del color, forma, estructura y posición de los dientes anteriores; donde la retención de los incisivos centrales superiores tiene gran repercusión estética y funcional pues intervienen en la forma de los labios además de la fonación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como dientes retenidos a aquellos que, una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; en la actualidad se le denomina síndrome de retención dentaria por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones locales y sistémicas, tales como dolores intensos, otalgias, neuralgias, cefaleas, caída del cabello, trastornos visuales diversos, además de la ausencia del diente en la cavidad bucal. Este último incluye términos como el diente incluido o impactado.^(3,4,5,6)

La inclusión dental hace referencia a aquel diente que perdió la fuerza de erupción y se encuentra sumergido en el hueso con o sin causa asociada. El diente impactado es aquel que se encuentra incluido en el hueso y su erupción es impedida por una barrera física. Mientras que la retención dentaria por su parte, se define al diente que llega a su época normal de erupción y se encuentra

detenido parcial o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar, sin que se pueda identificar una barrera física que puedas explicar la interrupción de la erupción.^(3,4,5)

Cualquier diente permanente, temporal o supernumerario puede permanecer retenido, aunque la retención de un diente temporal ocurre con menor incidencia si se compara con la de un diente permanente.^(7,8)

Los dientes retenidos que presentan mayor importancia desde el punto de vista estético y funcional son los caninos superiores y los incisivos centrales superiores.^(3,5,6)

En actualidad no existe un consenso de la prevalencia de dientes retenidos en el mundo, la prevalencia de dientes retenidos varía dependiendo de la ubicación geográfica y se ha estimado que es entre el 8 % y 38 %, se ha reportado que la retención de terceros molares va del 73 % al 98,95 % mientras que la retención de caninos permanentes maxilares va del 1 % al 5 % de la población. La falta de consenso y la gran discrepancia de prevalencias de un lugar a otro puede deberse a las características propias de los individuos en cada región. Estudio realizado por Mendoza et al.,⁽⁸⁾ refieren que los dientes más comúnmente afectados son terceros molares mandibulares, caninos maxilares, segundos premolares maxilares y dientes supernumerarios, en ese orden.⁽⁸⁾

Badia et al.,⁽⁹⁾ afirman que la frecuencia de la retención de incisivos centrales superiores es del 4 %, que es relativamente muy baja en comparación con la frecuencia del tercer molar (35 %) y de los caninos (34 %).

La causa de la impactación es multifactorial, para el estudio de las causas de la retención se ha dividido en factores locales y generales.⁽⁶⁾

Factores locales: Incluyen factores embriológicos dentro de los que se encuentran la situación alejada del diente y la época tardía de su erupción, el origen del diente y las anomalías del gubernaculumdientis, mesiodens o múltiples dientes supernumerarios, tumores odontogénicos así como odontomas o quistes, retención prolongada, aberración en la formación de la lámina dental, posición anormal del germen dental, origen iatrogénico, rotación de los gérmenes dentales cuyo resultado son dientes orientados en una dirección errada porque su eje mayor no es paralelo a la trayectoria normal de erupción, discrepancias de tamaño dental y la longitud de arco y los obstáculos mecánicos.⁽⁶⁾

Factores generales: Dentro de los que se incluyen retraso fisiológico de la erupción debido a: Alteraciones endocrinas, metabólicas, carácter hereditario, Síndrome de Gardner, disostosis cleidocraneal, polidisplasia ectodérmica hereditaria, displasias fibrosas y osteopetrosis o enfermedad de Albers-Schönberg, camino o formación de tejido cicatricial debido a la angulación anormal de la raíz, dilaceración o anquilosis, problemas nasorrespiratorios, presiones musculares, deficiencia de vitamina D.⁽⁶⁾

La evidencia científica enfatiza en la importancia del diagnóstico precoz de un incisivo maxilar per-

manente impactado y la intervención en el momento adecuado. Entre más temprano se establezca el diagnóstico, aumenta la posibilidad de lograr mejores resultados y evitar complicaciones, como la pérdida del potencial de erupción, la desviación de línea media, la pérdida de espacio, los cierres apicales prematuros, los problemas psicosociales, las dilaceraciones de las raíces de las piezas dentarias cercanas, los problemas periodontales, la formación de quistes y los tratamientos ortodóncicos más extensos.⁽¹⁰⁾

El diagnóstico de un diente retenido constituye un hallazgo casual. Ante la sospecha de una retención dentaria el diagnóstico se realiza por los medios clínicos de la inspección, palpación y examen radiográfico.⁽³⁾ Clínicamente debe existir la ausencia del órgano dentario donde ocasionalmente se observa un aumento de volumen en la zona que hace intuir su presencia.^(3,10)

Las radiografías convencionales, como las panorámicas, se recomiendan como protocolo ya que mostrará toda la dentición del paciente y, con respecto a la retención de incisivos permanentes maxilares, pueden revelar la existencia de un diente impactado, el grado de resorción de la raíz del diente primario y la profundidad de la impactación, para brindar un diagnóstico certero. Sin embargo, se puede generar confusión si se superponen imágenes como el paladar duro y el hueso cigomático.⁽¹⁰⁾

Entre las opciones de tratamiento para los incisivos centrales maxilares impactados está la exposición quirúrgica con extrusión ortodóncica. La tracción ortodóncica se puede realizar con aparatología fija o removible para posicionar un incisivo central maxilar impactado en el lugar indicado, lo que representa un gran desafío, debido a su posición estética que también involucra los tejidos duros y blandos adyacentes.^(3,10)

La presencia de dientes retenidos representa un factor de relevancia en la causa de diversas maloclusiones, ya que altera la secuencia eruptiva normal y puede generar desequilibrios tanto funcionales como estéticos. La retención del incisivo central superior constituye un hallazgo poco común, cuya baja incidencia le confiere especial interés clínico. Todo lo antes expuesto motivó la presentación del siguiente caso clínico, con el objetivo de describir el tratamiento ortodóncico-quirúrgico para restablecer la estética de la sonrisa en paciente con incisivo central superior retenido; y así fortalecer el manejo clínico y el tratamiento en estos casos por los profesionales de la especialidad de ortodoncia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 10 años de edad que acude a la consulta de ortodoncia del Departamento de estomatología del Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña, remitida por la atención primaria de la Clínica Estomatológica de Nuevitás por ausencia clínica del 11. Asiste a consulta

acompañado por la abuela preocupada por la estética y función, refiere además afectación psicológica de la paciente, pues ha sido objeto de burlas en la escuela. Recibió tratamiento previo en Estomatología General Integral con mantenedor de espacio fijo desde 12-21.

Al interrogatorio: Paciente con antecedentes de salud. Herencia paterna de apiñamiento dentario. Hábitos bucales deformantes actuales de onicofagia y deglución anormal.

Se mostraba tímida y retraída, incómoda socialmente, con complejos de inferioridad y actitudes negativas que alteraban su desempeño ante la vida, razón por la cual durante la primera etapa del tratamiento la paciente es remitida a la consulta de Psicología, donde recibió atención continuada durante todo el tratamiento.

Al examen físico se observó perfil convexo, cara ovoide, tipo facial leptoprosopo, no presentó asimetrías ni desproporcionalidad aparente, labio superior hipotónico, labio inferior hipertónico, cierre labial incompetente, ángulo naso labial obtuso, surco naso geniano ausente y surco labio mentoniano marcado.

Al examen intrabucal se observó dentición mixta tardía, ausencia clínica de 11 con espacio comprometido para su correcta ubicación en la arcada, ligera vestibuloversión de 12, 21 y 22. Ausencia clínica de 53 y 63 por tratamiento previo de estomatología general con espacio para la ubicación en la arcada de sucesores permanentes. Arcadas ovoides. Resalte de 7 mm, sobrepase de 2mm, relación de molares neutroclusión, Clase I de Angle.⁽¹¹⁾ A la palpación se encontró aumento de volumen de consistencia duro en el fondo del surco vestibular, lateral al frenillo medio superior en la zona vestibular superior a la línea muco-gingival.

Como parte del examen complementario imagenológico se indican radiografía extra oral vista panorámica el cual arrojó: fórmula dentaria completa, presentes de 18 a 28 y 38 a 48. 11 retenido, en posición mesioangular, en el proceso alveolar sin alcanzar el plano oclusal, estadio 9 de Nolla. Imagen radiopaca compatible con mantenedor de espacio fijo de 21 a 12. El 23 y el 13 sin alcanzar el plano oclusal. Proceso de erupción y calcificación adelantada con respecto a la edad cronológica de la paciente, con alteración en el orden eruptivo en arcada superior (Figura 1).



Figura 1 Radiografía panorámica previa al tratamiento.
(Imagen de los autores)

Se realizó además telerradiografía lateral de cráneo y trazado cefalométrico concluyendo: Prognatismo maxilar. Retrognatismo mandibular. Neutroclusión esquelética. Prognatismo alveolar superior. Egresión de molares superiores e incisivos inferiores. Patrón mesofacial.

Se procedió a realizar el plan de tratamiento con los diferentes movimientos ortodóncicos necesarios para corregir las anomalías de posición de los dientes contiguos a la brecha, básicamente versiones, se empleó para ello la técnica fija de Arco Recto MBT, ⁽¹²⁾ la cual por las características específicas de sus brackets y arcos, permitió obtener los objetivos propuestos, una vez logrado el alineado y nivelación del arco con alambre trenzado 0.15 pulgadas, luego redondos de Nitinol de 0,14 y 0,16 pulgadas y posteriormente acero inoxidable de 0.16 pulgadas, se colocó un *coil spring* activo desde 12-21 que permitió la recuperación del espacio para la correcta ubicación de 11, y pasivos desde distal de 12 y 22 a mesial de 14 y 24 respectivamente para mantener espacio de 13 y 23.

Se mantuvo interconsulta con el Departamento de Psicología debido a la afectación psicológica de la paciente.

Se remitió a cirugía maxilofacial, donde se realizó incisión marginal compuesta desde distal del 12 a mesial del 22, disección del mucoperiostio, osteotomía con fresa y airotor hasta descubrir la corona del 11 próximo al piso de fosa nasal y se cementó bracket en superficie vestibular del mismo, y fue ligado con ligadura de alambre de 0.12 hasta arco vestibular de la técnica fija, lo que permitió la realización de los movimientos ortodóncicos correspondientes. Fueron usadas fuerzas ligeras y continuas, no más de 50 gr por cm² de superficie radicular enfrentada al movimiento, siendo el movimiento fácil de obtener, pero también peligroso, pues el ligamento no debe ser sobreextendido (Figura 2).



Figura 2 Tracción del incisivo alambre de ligadura de 0.12 pulgadas.
(Imagen de los autores)

Luego de varios meses de tratamiento la paciente evolucionó favorablemente, se observó erupción del 13 y 23 (Figura 3).



Figura 3 Avance en el tratamiento ortodóncico en 11.

(Imagen de los autores)

En cuanto a los aspectos socioemocionales la paciente se siente libre de sonreír y reír, mostrar sus dientes sin sentirse avergonzada. Ha mejorado su función oral, apariencia, función social y salud, además de mejorar su autopercepción estética.

Al finalizar el tratamiento se cumplieron los objetivos establecidos en la planificación del mismo: La paciente continúa siendo clase I esquelética con patrón de crecimiento mesofacial. Relación molar y canina bilateral Clase I. Resalte de 3 mm y sobrepase de un tercio de corona. Las líneas medias dentales coincidentes con línea media facial, 11 alineado en arcada dentaria en posición correcta con respecto a su base ósea (Figura 4).



Figura 4 Objetivos del tratamiento alcanzados.

(Imagen de los autores)

En la actualidad se mantiene estabilidad de los resultados y la paciente se encuentra en fase de contención.

DISCUSIÓN

Herrera et al.,⁽¹³⁾ en investigación realizada para determinar la distribución de dientes retenidos en una población de pacientes ortodónticos del estado de Yucatán, encontró que los dientes superiores fueron los más frecuentemente retenidos, el grupo dentario más afectado fueron los caninos con 55,35 %, seguido los premolares con 17,67 %, los molares 16,2 % y por ultimo los incisivos con 10,7 %, siendo el lado izquierdo el más afectado.

Estas diferencias pueden estar dadas debido a la existencia de variabilidad como producto de las características étnicas, nutricionales; de manera que la interacción genética ambiental puede conducir a que cada población difiera.

Hernández,⁽³⁾ en investigación sobre abordaje quirúrgico-ortodóntico de las inclusiones dentarias con botón ortodóntico en México, concuerda en que el grupo dentario más afectado son los caninos, con una mayor incidencia los caninos superiores. Estos resultados pueden estar relacionados a que, a excepción de los terceros molares, los caninos superiores son los últimos en hacer erupción, por lo que suelen presentar problemas de falta de espacio. En cuanto a la prevalencia de retención dentaria la población más afectada fue el sexo femenino.

Similar a lo encontrado en un estudio realizado en Perú por Díaz et al.,⁽¹⁴⁾ donde la relación del posible resultado de impactación con la variable sociodemográfica de sexo se encontró estadísticamente significativa en el sexo femenino.

Escobar,⁽¹⁵⁾ y Rodríguez et al.,⁽¹⁶⁾ plantean que la frecuencia de retención de incisivos centrales maxilares varía entre 0,06 % y 2 %, provocando una condición que afecta la estética facial, e indican la estabilidad dentaria y periodontal del diente conservado y para obtener una atención óptima a estos pacientes es fundamental la implicación de un equipo multidisciplinario.

Flores et al.,⁽¹⁷⁾ en cuanto a la incidencia de incisivos superiores retenidos encontraron que la frecuencia es del 4 %, muy baja en comparación con la frecuencia del tercer molar para un 35 % y de los caninos para un 34 %.

Estudio realizado por Cruz,⁽¹⁸⁾ indica que es fundamental realizar un diagnóstico correcto para la elección del tratamiento. En el mismo, la exposición quirúrgica cerrada fue la técnica elegida para el rescate del canino impactado palatalmente, con su posterior tracción ortodóntica en un periodo de cinco meses, haciendo uso de elásticos intermaxilares y de arnés de alta tracción.

Estos resultados difieren del artículo en cuanto a la selección de la exposición quirúrgica, siendo seleccionada por los autores con asesoría del cirujano maxilo facial del centro, la técnica quirúrgica abierta mediante un colgajo vestibular de reposición completa, con tracción ortodóntica mediante el uso de alambres de ligadura de 0,12 pulgadas durante los primeros cuatro meses y luego se implementó el uso de módulos elásticos, logrando la tracción en un periodo de siete meses.

Se coincide con Sánchez,⁽¹⁰⁾ y Mar,⁽⁶⁾ que afirman que el tratamiento ideal en caso de un incisivo

impactado es la exposición quirúrgica y su tracción ortodóncica, mediante el abordaje combinado con el propósito de simular un patrón fisiológico de erupción y llevar a la posición correcta al órgano dentario. La tracción de un incisivo superior impactado es un reto para cualquier ortodoncista, pues además de colocar el diente en su posición, debe preocuparse por el componente estético del tejido duro y blando que lo rodea.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos tras el tratamiento quirúrgico y ortodóncico, evidenciaron un cambio significativo. La técnica empleada demostró ser efectiva, ya que permitió ubicar el diente retenido en su posición adecuada y restablecer las funciones estéticas y funcionales de la dentición, lo que corroboró el éxito del tratamiento aplicado. Además el tratamiento contribuyó a mejorar el estado psicológico de la paciente y su integración con sus semejantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Ortiz P, Rousth S, Jiménez R. Percepción estética de las características de la sonrisa y el biotipo facial en pobladores de 18-30 años sin conocimientos odontológicos del Distrito de Tintay, 2019 [tesis]. Perú: Universidad Tecnológica de los Andes. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Estomatología; 2020. [citado 20 Ene 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.utea.edu.pe/handle/utea/271>

2-Padilla Avalos CA; Marroquín-Soto C. Tratamiento estético de la sonrisa gingival. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2023 [citado 20 Ene 2024]; 33(1): 62-67. Disponible en:

<http://50.18.8.108/bitstream/handle/20.500.14140/1727/TESIS%20PASTOR%20%20FIGUEROA.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

3-Hernández G. Abordaje quirúrgico-ortodóntico de las inclusiones dentarias con botón ortodóntico [tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México;2023. [citado 20 Ene 2024]. Disponible en:

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2020&q=Abordaje+quirurgico+ortodoncio+de+las+retenciones+dentarias&btnG

4-López Torres G, Salame Ortiz V, Núñez Hernández M, Armijos Briones M. Factores que influyen en la cronología de erupción y su relación con las maloclusiones. Higía [Internet]. 2022 [citado 5 Jun 2024];6(1). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/686>

5-Damas Castellón A, León Casanova O, Fardales Macías V, Pérez García L, Rosales Machado Y, Hernández Rodríguez J. Cronología de la erupción dentaria en adolescentes de 13 años del municipio Sancti Spíritus. Arch Med Camagüey[Internet]. 2022 [citado 5 Jun 2024]; 26. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552022000100081&lng=es.

6-Mar Ramírez A. Verticalización de segundos molares y tracción de canino retenido retenido. Caso clínico [tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017. [citado 20 Ene 2024].

Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/110346>

7-Cuestas G, Hermida AP, Vega Martari M, Michalski DJ, Juchli ML. Diente Ectópico en la Cavidad Nasal en un Niño con Enfermedad de Gaucher. Revista FASO [Internet]. 2019 [citado 25 Mar 2024]; 30(1). Disponible en: <https://faso.org.ar/revistas/2023/1/8.pdf>

8- Mendoza Rodríguez M, Rodríguez Sierra O, Medina Solis CE, Márquez Corona M de L, Jiménez Gayosso SI, Veras Hernández MA. Prevalencia de caninos retenidos en pacientes que acuden a IC-Sa. ICSA [Internet]. 2020 [citado 5 Jun 2024];8(16):14-9. Disponible en:

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/5458>

9- Badía-González A, Carracedo-Rabassa Z, Méndez-de-Varona Y, Peña-Marrero Y, Batista-Sánchez T. Corrección periodóncica ortodóncica de diente retenido. **Correo Científico Médico** [Internet]. 2021 [citado 5 Jun 2024]; 25 (4) Disponible en:

<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4075>

10-Sánchez-Achío T. Traction of a superior central incisive in ectopic position with a modified hawley appliance: a clinical case report. Revista Científica Odontológica. [Internet]. 2022[citado 5 Jun 2024]; Jan-Mar;10(1): e101. Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc10880709>

11- Ruiz Medina RA. Evaluación de la clasificación de Angle en niños de 6 a 9 años con pérdida de la segunda molar temporal de la Institución Educativa Marcos Durand Martel, Huánuco 2022 [tesis]. Perú: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2023 [citado 5 Jun 2024].

Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/20.500.14257/4522>

12-McLaughlin RP, Bennett JC. Bracket placement with the preadjusted appliance. Journal of clinical orthodontics [Internet]. 1995[citado 5 Jun 2024]; 29:302-311 Disponible en:

<https://cir.nii.ac.jp/crid/1570291224412044800>

13-Herrera Atoche JR, Carrillo-Ávila BA, Marnez-Aguilar VM. Distribución de dientes retenidos en una población de pacientes ortodónticos del estado de Yucatán. Revista Odontológica Latinoamericana[Internet]. 2023[citado 5 Jun 2024]; 15(1): 37-41. Disponible en:

<https://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V15N2p37.pdf>

14-Díaz-Reissner C, Pistilli E, Cajé R, Maldonado C, Jolay E, Ferreira-Gaona M. Pronóstico de caninos impactados según su posición en el maxilar superior mediante diferentes análisis radiográficos. Rev Cient Odontol (Lima) [Internet]. 2022 [citado 5 Jun 2024]; 10(1): e096. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10880707/>

15-Escobar Chuquillanqui HL. Intervención quirúrgica en incisivo superior retenido en el maxilar superior [tesis]. Huancayo, Perú: Universidad Peruana los Andes; 2022. [citado 25 Mar 2024]. Dis

ponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/6282?show=full>

16- Rodríguez Díaz A, Pérez Alfonso A, Toledo Pimentel B. Retención dentaria del incisivo central superior derecho por odontoma compuesto [Internet]. Ciego de Ávila: I Jornada Virtual de Estomatología; 2022 [citado 25 Mar 2024]. Disponible en:

<https://estocavila2021.sld.cu/index.php/estocavila/2022/paper/view/28/52>

17- Flores Flores DA, Cavazos López E, Vértiz Félix K, González Castro SE. Manejo ortodóncico-quirúrgico de un incisivo central permanente inferior retenido. Odontol Pediátr [Internet]. 2021 [citado 5 Jun 2024]; 29(3):146-156. Disponible en:

https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2022/01/5_NC385-Odontologia-Pediatrica-V29N3-V4-WEB.pdf

18-Cruz RM. Orthodontic traction of impacted canines: Concepts and clinical application. Dental Press J Orthod [Internet]. 2019[citado 5 Jun 2024]; 24(1):74-87. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/dpjo/a/HfVsnDLnyN5Zd54rJMZD7WG/?lang=en&format=html>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Rosemarie de los Ríos-Marí (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Adquisición de fondos. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Recursos. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción. Redacción-revisión y edición).

Ana Altunaga-Carbonell (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Adquisición de fondos. Investigación. Metodología. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción. Redacción-revisión y edición).

Magda Lima-Álvarez (Metodología. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción. Redacción-revisión y edición).

Sonia de la Caridad Rodríguez Ramos (Investigación. Metodología. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción. Redacción-revisión y edición).