

⁽¹⁾ Residente
⁽²⁾ Docente

Postgrado de Ortodoncia y Ortopedia
ULACIT

Caso Clínico: Caninos en posición de laterales, resultado estético

Dra. Catalina Pacheco ⁽¹⁾
Dra. Ana Lilia Dobles ⁽²⁾

Resumen: En este estudio se presenta un caso clínico, tratado en la Clínica de Especialidades Odontológicas de ULACIT, en el Departamento de Ortodoncia y Ortopedia Funcional, San José, Costa Rica. En este caso, los caninos superiores fueron colocados en el lugar de incisivos laterales. El objetivo de este estudio fue evaluar cuáles características faciales permiten hacer el cierre de espacios cuando hay ausencia de incisivos laterales o centrales, observar los cambios faciales ocurridos después de hacer el cierre de los espacios y determinar si se logró una oclusión funcional después de colocar las primeras premolares en posición de caninos. El plan de tratamiento ortodóntico fue el cierre de espacios de las piezas ausentes, colocando los caninos en posición de laterales y las premolares en posición de caninos. Funcionalmente los resultados obtenidos fueron buenos estableciéndose una oclusión adecuada con condiciones periodontales estables.

Palabras clave: ausencia de laterales, caninos como laterales

Abstract: This study presents a patient who received orthodontic treatment at the Clinic of Dental Specialties ULACIT, Department of Orthopedics and Functional Orthodontics, San Jose, Costa Rica. In this case, the upper canines were placed in the position of lateral incisors. The objective of this study were: to evaluate which facial characteristics allow the space closure when missing lateral or central incisors, to observe the facial changes occurred after closing those spaces and to determine if functional occlusion was achieved after the first upper bicuspids occupied cuspid position. The orthodontic treatment plan was the space closure of the missing teeth, placing the cuspid in the position of lateral incisors and the bicuspids in the cuspid position. The functional results were obtained with functional occlusion and periodontal health.

Key Words: missing lateral incisors, canines in position of lateral incisors

Introducción

En la clínica ortodoncica es frecuente encontrar casos con ausencias de incisivos maxilares; entre las más comunes están: las de los incisivos laterales por ausencia congénita y los

casos de pérdidas de incisivos centrales (en menor cantidad), los cuales ocurren, principalmente, por accidente o condición patológica.

La ausencia de incisivos maxilares presenta una condición que complica el tratamiento ortodóntico, y con ello

aparece una disyuntiva: hacer el cierre ortodóntico o abrir el espacio para que sea posteriormente restaurado con un implante o prótesis. Al manejar estos casos, se deben tomar en cuenta aspectos como: tipo de maloclusión, condición de las piezas adyacentes, requerimientos de espacio y edad del paciente. El tratamiento ideal es la opción más conservadora que pueda satisfacer los requerimientos individuales de estética y función.

Es de suma importancia el planeamiento del tratamiento de forma interdisciplinaria para lograr una estética óptima, porque con frecuencia, la opción deseada es el cierre ortodóntico, pero no todos los pacientes presentan las características adecuadas para poder llevar a cabo este tratamiento con buenos resultados estéticos y funcionales.

En este reporte se analizan las características que se deben tomar en cuenta para hacer la correcta selección del tratamiento por realizar en cada paciente, y los aspectos esenciales para poder lograr una estética apropiada. También, se analizarán los resultados estéticos faciales y dentales en algunos pacientes de la Clínica de Ortodoncia de la ULACIT, a los que se les ha efectuado el cierre ortodóntico de espacios en ausencia de incisivos centrales o laterales maxilares.

Antecedentes

Durante la primera mitad del siglo XX, la mayoría de los textos de ortodoncia resaltaban la importancia de la relación canina CI de Angle. Se decía que el canino colocado junto a un incisivo central, daba como resultado una apariencia “carnívora” y que se reducía el

tamaño del arco superior, con lo que se perdía la armonía y simetría de la boca. (Angle, 1907)

Más tarde, se enfatizó la importancia de la oclusión protegida por los caninos en los movimientos de lateralidad, y la colocación de caninos en posición de laterales no se consideraba una buena opción de tratamiento, debido a que con ella no podía darse la guía canina.

A partir de 1950, se empezó a hacer más común el cierre ortodóntico de los espacios, dejando caninos en posición de laterales, y hoy es la principal recomendación clínica para esta condición, siempre y cuando las condiciones clínicas del paciente lo permitan. (Shaw, 1994).

Uno de los estudios más importantes — centrado en la reposición de incisivos laterales agenésicos—, es el publicado por Nordquist y Mc Neil en 1975. Se examinaron con un promedio de 9 años y 8 meses después del tratamiento, a 33 pacientes ortodónticos con ausencia de incisivos laterales maxilares y se separaron en grupos, basándose en si los espacios se mantuvieron o se cerraron. Los pacientes a quienes se les hizo el cierre ortodóntico de los espacios tenían significativamente mayor salud periodontal que aquellos pacientes con incisivos laterales prostodónticos; los pacientes rehabilitados con prótesis parciales fijas que reemplazaban a los laterales maxilares proporcionaban condiciones más favorables para la salud gingival y periodontal que las prótesis parciales removibles y no existían diferencias en cuanto a la idoneidad de la función oclusal entre el grupo al que se le hizo el cierre ortodóntico de los espacios

y aquellos en los que se abrieron los espacios.

En un estudio más reciente, Robertson y Mohlin (2000) valoraron a un grupo de pacientes tratados por agenesias de incisivos laterales maxilares. Los pacientes tenían una edad promedio de 26 años y se examinaron 7.1 años después de su tratamiento. El propósito de este estudio era comparar la opinión de los pacientes en relación con los resultados estéticos de su tratamiento, con el criterio del dentista acerca de la función oclusal y la salud periodontal. De los 50 pacientes que se estudiaron, a 30 se les había efectuado el cierre ortodóntico de los espacios y a 20 se les hizo apertura del espacio para realizar puentes de oro-porcelana. En general, los pacientes a quienes se les efectuó el cierre ortodóntico estaban más satisfechos con la apariencia de sus dientes que los pacientes a los que se les efectuó el tratamiento prostodóntico. En los pacientes a los que se les realizaron puentes, se encontró una salud periodontal desmejorada con acumulación de placa y gingivitis (en este estudio no se incluyeron pacientes tratados con implantes); no obstante, como se mencionó anteriormente, no todos los pacientes presentan las características adecuadas para poder efectuar el tratamiento de cierre ortodóntico de los espacios.

En 1995, Bujadón y Rodríguez reportaron a una paciente femenina de 16 años, con agenesia de incisivos laterales maxilares, caninos maxilares impactados, labio superior delgado, sonrisa gingival, perfil retrognático, mentón prominente, con clase I molar y clase I canina temporal. El tratamiento efectuado fue ortodoncia fija, apertura de

espacios para la reposición de los laterales superiores con implantes, tracción de los caninos y colocación de estos en clase I. Se obtuvo un correcto alineamiento y relaciones oclusales antero-posteriores de clase I; no hubo cambios faciales de interés.

En el 2000, Nasser informó de una niña de 12 años, con ausencia del incisivo lateral izquierdo y con el incisivo lateral derecho en forma de clavija; maloclusión de clase I, perfil convexo, sobremordida vertical y horizontal aumentadas. Se efectuó la exodoncia del 1.2, diente en clavija, se cerraron los espacios y se hizo recontorneo de los caninos. Los resultados del tratamiento fueron satisfactorios, con una mejoría de la sobremordida horizontal y de la sobremordida vertical y una sonrisa muy estética; sin embargo, no se observaron cambios esqueléticos significativos o de tejidos blandos.

En el 2006, Kokich reporta a una niña de 10 años que sufrió un traumatismo montando a caballo, avulsión del incisivo central superior derecho. El diente no se encontró y por lo tanto, no pudo ser reimplantado. No se realizó nada y el espacio edéntulo prácticamente se cerró. A los 14 años, se presentó nuevamente a la clínica motivada por su estética dental. Se optó por el tratamiento que consistía en extraer el incisivo lateral superior izquierdo y cerrar los espacios edéntulos, sustituyendo el incisivo lateral superior derecho por un incisivo central y los caninos por incisivos laterales.

Objetivos

1. Efectuar un análisis de las características dentales, esqueléticas y

faciales que permiten realizar el tratamiento de cierre ortodóntico de los espacios por ausencia de incisivos laterales o centrales maxilares.

2. Describir los cambios faciales positivos y negativos que se presentan en los casos, al llevar a cabo este tipo de tratamiento.

3. Evaluar la funcionalidad oclusal y la salud periodontal en los casos avanzados o terminados.

Caso clínico

Paciente femenina, nacida el 30 de enero de 1990. Se cayó de un árbol a los 8 años y se fracturó la pieza 2.1.

Fecha de inicio de tratamiento: 26-2-2004.

Edad al inicio del tratamiento: 13 años.

Examen craneofacial

Presenta un Perfil convexo, dólicofacial, se observa la esclera de los ojos. Línea media superior e inferior 1 mm a la derecha. labios gruesos, angulo nasolabial recto, surco mentolabial regular. Deficiencia de pogonion y de proyección malar. Exposición gingival: 0 mm.



Fotografías de la paciente, frente, sonriendo.



Fotografías de la paciente, perfil y tres cuartos.

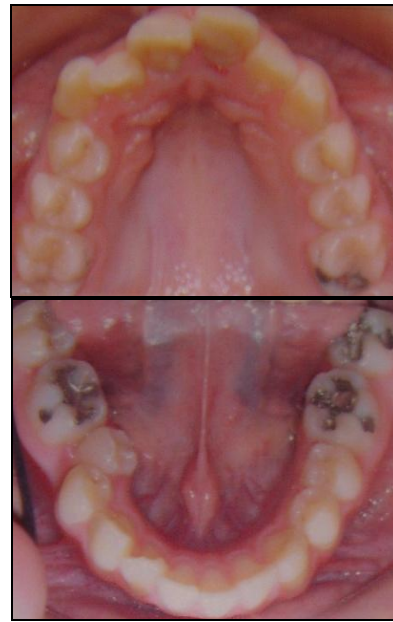
Examen intraoral



Líneas medias superior e inferior desviadas a la derecha. Sobremordida vertical del 30%.



Relación molar clase I derecha e izquierda. Relación canina clase II derecha e izquierda. Sobremordida horizontal de 7 mm.



Arcada superior e inferior

Radiografía panorámica inicial



Piezas 1.8, 2.8, 3.8 y 4.8 en evolución intraósea. Endodoncia en 1.1 y 2.1; fractura radicular horizontal en 2.1. Trabeculado óseo normal.

Cefalometría y trazado inicial



Análisis de Tweed

	Norma	Paciente	Final
FMA	25°	34°	Hiperdivergente
IMPA	90°	105°	Proinclinado
FMIA	65°	43°	Proinclinado

Análisis de Steiner

	Norma	Paciente	Final
Ángulo SNA	82°	88°	Maxila protrusiva
Ángulo SNB	80°	80°	En norma
Ángulo ANB	2°	8°	CII esquelética
Ángulo SND	76°	77°	Mandíbula dentro de la norma
Ángulo (Go-Gn-SN)	32°	33°	Crecimiento normal
Ángulo del plano oclusal (OP-SN)	14°	14°	Plano oclusal dentro de la norma
Convexidad del tejido blando (N''Pn-Po)	135°	124°	Tejido blando convexo
Ángulo interincisal	130°	109	Incisivos proinclinados
Ángulo incisivo superior a NA	22°	26°	I sup. proinclinado
Ángulo incisivo inferior a NB	25°	38°	I inf. proinclinado
Incisivo superior a SN	104°	113°	I sup. proinclinado
Incisivo superior a NA (lineal)	4 mm	7 mm	I sup. protruido
Incisivo inferior a NB (lineal)	4 mm	11 mm	I inf. protruido
Pogonion a NB (lineal)	4 mm	2 mm	Pogonion retruido

Caninos en posición de laterales

Lista de problemas

Plano antero-posterior

Clase II esquelética.

Relaciones caninas clase II.

Incisivos superiores e inferiores proinclinados.

SH de 7 mm.

Plano vertical

Crecimiento hiperdivergente.

SV de 30%.

Plano facial

Perfil convexo.

Labios superior e inferior gruesos.

Angulo nasolabial recto.

Perímetro de arco

DAD maxilar -5.

DAD mandibular -3.

Objetivos del tratamiento

Mejorar el perfil.

Colocar caninos en posición de laterales.

Mejorar la relación labio-diente.

Aliviar la discrepancia alveolodentaria.

Mejorar la sobremordida horizontal y mantener la vertical.

Retroinclinación de los incisivos.

Alinear las líneas medias.

Diagnóstico

Clase II esquelética.

Perfil convexo.

Crecimiento hiperdivergente.

Relaciones molares CI.

Relaciones caninas CII.

Sobremordida horizontal de 7 mm.

Sobremordida vertical de 30%.

Fractura horizontal del 2.1.

Pronóstico

Por su perfil y tipo de crecimiento, tiene un pronóstico reservado.

Plan de tratamiento

-Exodoncia de 1.1, 2.1, 3.4 y 4.5.

-Dejar coronas de 1.1 y 2.1 como provisionales.

-Brackets en superior e inferior.

- Alineado.
- Nivelado.
- Cierre de espacios.
- Conformar arcos.
- Intercuspidación.
- Restauraciones estéticas en anterior superior.
- Retención.

Evolución

Se hizo la exodoncia de 2.1 y la corona de esta pieza se dejó como provisional. Se colocaron los brackets en el arco superior y se comenzó a alinear.

Cuatro meses después se colocaron los brackets inferiores. A los seis meses de iniciado el tratamiento, se hizo la exodoncia de la pieza 1.1, y su corona también se colocó como provisional. Se van cerrando los espacios con cadenas de molar a molar en ambos arcos. Las piezas que están como provisionales se desgastan para permitir el cierre.

Se utiliza esta misma mecánica durante los siguientes diez meses.

A 1 año y 4 meses después de iniciado el tratamiento, se colocó una cadena de 1.2 a 2.2, y se desgastan los provisionales; se sigue esta mecánica durante los siguientes seis meses.

A los 2 años y 2 meses después de iniciado el tratamiento, se eliminaron las piezas provisionales y se aumentó el ancho mesiodistal de 1.2 y 2.2 con resina. Se colocaron resortes abiertos entre caninos y primeras premolares superiores para mesializar los caninos. En los siguientes nueve meses, se

continuaron mesializando las piezas superiores utilizando resortes abiertos.

A los 2 años y 11 meses de tratamiento, se colocaron cadenas de molar a molar en ambos arcos. Nueve meses después, se hicieron desgastes interproximales en 1.3 y 2.3.

A los 3 años y 10 meses del tratamiento, se reubicaron las piezas 1.5, 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 y 3.5.

A los 4 años y 2 meses de tratamiento, se hicieron desgastes interproximales en 1.3 y 2.3, y se colocó una cadena de molar a molar superior. Seis meses después de esto, se removieron las bandas superiores y se tomó una impresión para el retenedor; la semana siguiente se removieron los brackets, se cementó el retenedor lingual y se entregó el retenedor superior.

Fotografías de avance





El perfil está menos convexo. Se ha disminuido la protrusión labial. Al sonreír, los incisivos superiores se ven muy retroinclinados y el labio superior se ve deprimido. Ángulo nasolabial se aumentó, pues era agudo. El surco mentolabial se mantiene igual. Exposición gingival 0 mm.



Línea media superior e inferior coincidentes.

Sobremordida vertical del 5%.



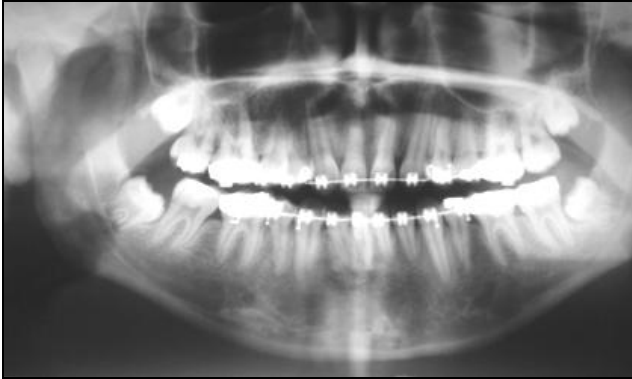
Relación molar clase I derecha e izquierda.

Sobremordida horizontal de 2 mm.



Arco maxilar y mandibular: forma de "U" simétrica, sin discrepancia alveolodentaria.

Radiografía panorámica intermedia



Se observa reabsorción apical de 1.2 y malposiciones de 1.5, 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5, por lo que se procedió a reubicar los brackets en esas piezas.



Fotografías finales 21/5/09



Línea media superior e inferior coincidentes.

Sobremordida vertical del 5%.

Arco maxilar y mandibular: forma de "U" simétrica, sin discrepancia alveolodentaria.

Inadecuado alineado de 1.6 y 3.6.

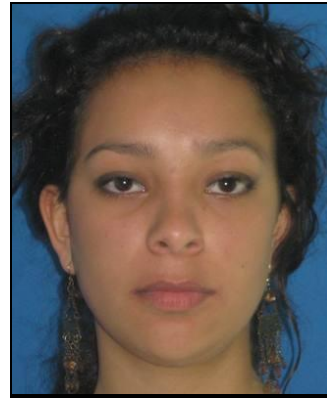


Relación molar clase I derecha e izquierda.

Relación canina (con premolar) CII bilateral, por la angulación de la cúspide de las primeras premolares maxilares.

Sobremordida horizontal de 2 mm.

Adecuada intercuspidadación.



Líneas medias coincidentes.

Exposición gingival: 0 mm.





Perfil menos convexo.

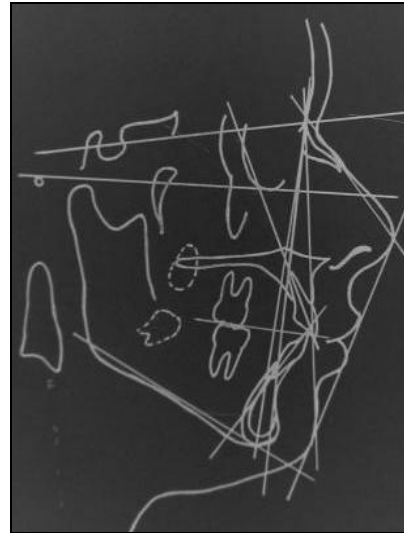
Ángulo nasolabial obtuso.

Surco mentolabial regular.

Se ha disminuido la protrusión labial.

Al sonreír, el labio superior se ve deprimido.

Cefalometría postratamiento



Análisis de Tweed

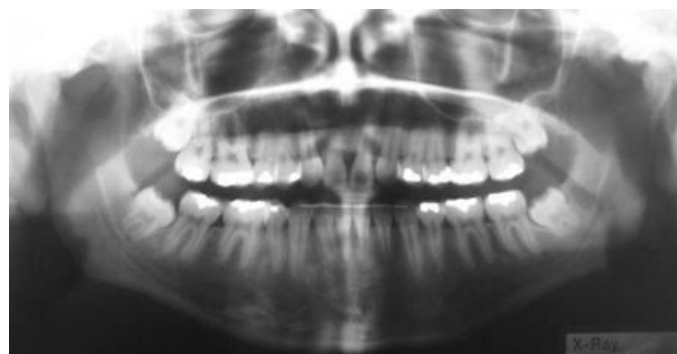
	Norma	Paciente	Final
FMA	25°	29°	Hiperdivergente*
IMPA	90°	95°	Proinclinado*
FMIA	65°	56°	Proinclinado*

Análisis de Steiner

	Paciente	Final
Ángulo SNA	85°	Maxila protrusiva*
Ángulo SNB	77°	Mandíbula retruida
Ángulo ANB	8°	CII esquelética
Ángulo SND	75°	Mandíbula dentro de la norma
Ángulo (Go-Gn-SN)	35°	Crecimiento normal
Ángulo del plano oclusal (OP-SN)	15°	Plano oclusal dentro de la norma
Convexidad del tejido blando (N''Pn-Po)	124°	Tejido blando convexo
Ángulo interincisal	123°	Incisivos proinclinados*
Ángulo incisivo superior a NA	18.5°	I sup. retroinclinado
Ángulo incisivo inferior a NB	30°	I inf. proinclinado*
Incisivo superior a SN	103°	I sup. dentro de la norma
Incisivo superior a NA (lineal)	0 mm	I sup. retruido
Incisivo inferior a NB (lineal)	8 mm	I inf. protruido*
Pogonion a NB (lineal)	3 mm	Pogonion dentro de la norma*

*Cambio con mejoría.

Panorámica postratamiento



Se observa una reabsorción apical de 1.2 y las raíces de 1.3, 1.4, 2.3 y 2.4 están mesioanguladas, por lo cual hay un inadecuado paralelismo radicular en la maxila.

Salud periodontal seis meses después de haber removido la ortodoncia

Sondeo periodontal: surcos dentro de los límites normales. Ausencia de bolsas periodontales.

Hubo conservación de papilas interdentes.

Encía sin inflamación; sin embargo, la encía marginal de 1.2 y 2.2 (en posición de centrales) tiene un aspecto diferente, es más gruesa.

Funcionalidad oclusal

Relación molar CI bilateral.

Relación canina (con premolar) CII bilateral, por la angulación de la cúspide de las primeras premolares maxilares.

Adecuada intercuspidadación de segmentos posteriores.

En protrusión, hay leve desoclusión posterior. Los laterales maxilares no tienen la altura adecuada, ya que aún no se han hecho las restauraciones.

Movimientos excursivos laterales con función de grupo.

Duración del tratamiento

4 años y 8 meses. El paciente perdió en total 16 meses de tratamiento por ausencias.

Restaurativa

Antes de remover los brackets, se realizó una interconsulta con la odontóloga encargada de hacer las restauraciones estéticas, quien dio el visto bueno e indicó que haría alargamiento de corona en 1.2 y 2.2 y carillas de porcelana en estas piezas; no obstante, 4 meses después de la remoción de brackets, la paciente aún no se ha realizado las restauraciones por motivos económicos.

Análisis de resultados

Resultados a nivel cefalométrico

-Hubo retracción de 3° de los puntos A y B.

-El ANB permaneció de 8°; el perfil sigue siendo convexo.

-Aumentó la divergencia mandibular en 2°, pero está dentro de la norma.

-El plano oclusal rotó posteriormente 1°, pero está dentro de la norma.

-La convexidad del tejido blando permaneció igual.

-El incisivo superior se retroinclinó 7.5°, quedó retroinclinado.

-El incisivo inferior se retroinclinó 10° con respecto al plano mandibular, pero se encuentra proinclinado.

-Aumentó la proyección de pogonion en 1 mm.

Resultados a nivel facial

-La exposición gingival, que era de 0 mm, se mantuvo igual.

-El perfil ha disminuido su convexidad, pero es un perfil convexo.

-Se ha disminuido la protrusión labial, por lo que los labios se ven más delgados.

-El ángulo nasolabial pasó de ser recto a obtuso.

-El surco mentolabial se mantuvo igual.

-Aumentó levemente la proyección de pogonion; como se observa radiográficamente que no hubo rotación anterior mandibular, la proyección de pogonion se atribuye al crecimiento.

-Al sonreír, el labio superior se deprime (como se mencionó anteriormente), esto se puede deber a las diferencias entre los anchos vestibulopalatinos de los caninos y premolares.

Resultados a nivel oclusal

-Se colocaron laterales en posición de centrales y caninos en posición de laterales.

-Se centraron las líneas medias.

-La sobremordida horizontal pasó de 30% a 5%; esta disminución tiene que ver con el nivelado, pero hay que tomar en cuenta que en este caso, los laterales (que tienen menor largo y ancho) quedaron en posición de centrales y estas piezas aún no han sido restauradas.

-Se mantuvieron las relaciones molares en CI.

-Las relaciones caninas (con premolar) quedaron en CII; pese a que se colocaron las premolares en el lugar de los caninos, por la angulación de las cúspides de los premolares, la relación es de CII. Este dato no tiene mayor importancia, ya que en la oclusión de esta paciente no se necesita la desoclusión canina, trabaja con función de grupo.

-Se logró una adecuada sobremordida horizontal; era de 7 mm y quedó en 2 mm.

-Se alivió la discrepancia alveolodentaria.

-Se retroinclinaron los incisivos superiores (quedaron fuera de la norma) y se proinclinaron los inferiores; estos quedaron dentro de la norma.

Conclusiones

Características de los pacientes que favorecen o desfavorecen el tratamiento de cierre ortodóntico de los espacios laterales.

En este caso, la paciente presentaba algunas características favorables para hacer el cierre ortodóntico de los espacios, a saber:

-Mandíbula dentro de la norma.

-Biprotrusión dentoalveolar.

-Nivel adecuado del labio superior al sonreír.

-Maloclusión CI de Angle, con leve DAD mandibular.

-Caninos maxilares con poca convexidad labial y color parecido al lateral.

Presentaba también las siguientes características que, de acuerdo con Kokich, la hacen una candidata no apropiada para efectuar este tratamiento:

-Perfil moderadamente convexo (CII esquelética).

-Poca proyección del mentón.

Cambios faciales que presenta el paciente

En este caso, hubo pérdida de soporte del labio superior que se observa solamente al sonreír, el perfil disminuyó su convexidad, el ángulo nasolabial pasó

de ser recto a obtuso, disminuyó la protrusión labial y hubo un leve aumento en la proyección de pogonion. En general, el perfil cambió positivamente.

Funcionalidad oclusal y salud periodontal postratamiento

Función oclusal regular, ya que la desoclusión posterior en protrusión es muy leve (cuando se le dé un tamaño adecuado a 1.2 y 2.2 que están en posición de centrales, esto va a mejorar). Periodontalmente está sana, sin inflamación, ausencia de bolsas periodontales y adecuadas papilas interdientales; sin embargo, la encía marginal de 1.2 y 2.2 tiene un aspecto diferente, pues es más gruesa.

Recomendaciones

El tratamiento de colocar ortodónticamente caninos en posición de laterales se puede realizar con éxito; no obstante, el tiempo de tratamiento se extiende más que el de un tratamiento ortodóntico convencional. El ortodoncista debe informarle al paciente la duración aproximada del tratamiento, y es preciso tomar en cuenta el tiempo adicional en cuanto a su costo.

Antes de decidir si se efectúa este tipo de tratamiento, el ortodoncista debe hacer un análisis de las características clínicas y cefalométricas del paciente, para definir si se trata de un buen candidato para realizar el cierre

ortodóntico de los espacios laterales, y con ello explicarle al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento.

Tanto a nivel de clínica privada como de clínica universitaria, se debe contar con un grupo de especialistas para poder planear en conjunto un tratamiento adecuado y, a su vez, desde el principio, se le deben informar al paciente los procedimientos a los cuales se debe someter para lograr un resultado óptimo; por ejemplo: tratamiento de ortodoncia, blanqueamiento, alargamiento de coronas de primeros premolares, restauraciones en caninos y primeras premolares.

Para obtener más información acerca del tema, se sugieren los siguientes estudios:

-Tratar casos de cierre ortodóntico de espacios laterales utilizando microtornillos como anclaje para hacer el cierre, y compararlos con casos tratados sin microtornillos para definir si el anclaje con microtornillos es una opción adecuada para reducir el tiempo de tratamiento.

-Utilizando tomografía, analizar casos a los que se les haya efectuado el cierre ortodóntico de espacios laterales para medir los anchos vestíbulo-palatinos de las premolares que estén en posición de caninos, con el fin de definir si hay una relación directa entre el grosor de la raíz y el soporte labial.

Bibliografía

Angle, E.H. (1907). Treatment of malocclusion of the teeth. Philadelphia: S.S. White Dental Manufacturing CO.

Shaw W.C. (1994). Common treatment procedure, orthodontics and occlusal management. Oxford: Butterworth-Hennemen.

Varela, M. (2000). Ortodoncia Interdisciplinar. Barcelona: MMV Editorial Océano.

Bujaldón, A.L., Bujaldón, J.M. y Rodríguez, R. (2001). Agenesia de los incisivos laterales superiores con caninos impactados: Ortodoncia e Implantes. Recuperado el 24 de enero de 2008, de

http://www.nexusediciones.com/pdf/oc2001_1/oc-4-1-004.pdf

Equenazi, K. (2007). Restauración del canino con una corona de porcelana cuando hay agenesia de los laterales. Recuperado el 10 de marzo de 2008, de

<http://www.intramed.net/actualidad/art1.asp?idActualidad=45270&nomCat=Art>

European Journal of Orthodontics. (2000). The Congenitally missing upper lateral incisor. A retrospective study of orthodonticspace closure versus restorative treatment. Recuperado el 4 de marzo de 2008, de

<http://www.ejo.oxfordjournals.org/cgi/print/22/6/69>

Kokicorthodontics. (2007). Managing congenitally missinglateral incisors part I: Canine Substitution. Recuperado el 4 de marzo de 2008, de

<http://www.kokicorthodontics.com/articles.aspx?type8>

Kokicorthodontics. (2007). Managing congenitally missinglateral incisors part II: Canine Tooth-Supported Restorations. Recuperado el 4 de marzo de 2008, de

<http://www.kokicorthodontics.com/articles.aspx?type8>

Kokicorthodontics. (2007). Managing congenitally missinglateral incisors part III: Single Tooth implants. Recuperado el 4 de marzo de 2008, de

<http://www.kokicorthodontics.com/articles.aspx?type8>

Nasser, M. (2000). Orthodontic alternative in the treatment of congenitally missing lateral incisors. Recuperado el 7 de marzo de 2008, de

<http://www.ingentaconnect.com/content/oup/eortho/2000/00000022/00000006/art00697>

Turpin, D.L. (2005). Tratamiento de las agenesias de los incisivos laterales. Recuperado el 5 de febrero de 2008, de

http://www.revistadeortodoncia.com/files/2005_35_2_123_30.pdf