

CASO CLINICO CANINO RETENIDO SUPERIOR POR PÁLATINO**CANINE CLINICAL CASE RETAINED HIGHER BY PALATINE**Norma J. Mollo Chumacero¹ y Jorge Uzqueda Vargas²¹Odontóloga Actividad Auxiliar de Catedra en Clínica de Ortodoncia Fac. de Odontología, UAJMS Tarija- Bolivia**Correo Electrónico:** normitam23@yahoo.com**Dirección de Correspondencia:** Calle Gral. Trigo N°856 - Clínica Dental Emmanuel**RESUMEN**

Los caninos generalmente son los últimos dientes anteriores en erupcionar dentro de las arcadas dentarias, cuando existe la retención de los mismos es importante tratar de llevarlos dentro del arco dentario a través del tratamiento ortodóncico debido a razones funcionales y de estética. Los caninos superiores son después de los terceros molares, los dientes que con mayor frecuencia muestran problemas de erupción. Ello se debe a una combinación de falta de espacio en la arcada con la erupción tardía de dichos dientes en relación con los vecinos. El manejo ortodóncico de caninos superiores retenidos puede ser muy complejo y requiere de un cuidadoso y bien planeado abordaje interdisciplinario.

Se deben diagnosticar mediante una evaluación clínica y radiológica minuciosa además de un examen radiográfico; determinando las posibles complicaciones asociadas y las opciones de tratamiento individualizándolas en cada caso. Se han planteado diferentes formas de manejarlos que van desde los controles periódicos, la prevención de la inclusión con el tratamiento interceptivo, el tratamiento ortodóncico-quirúrgico o la extracción. Antes de iniciar cualquier procedimiento debemos valorar las características individuales de cada paciente, así como la situación y la inclinación del diente para lograr nuestro objetivo.

Objetivo. - Traccionar el canino superior derecho y posicionarlo adecuadamente en la arcada.

PALABRAS CLAVE

Canino retenido, erupción, tratamiento ortodóncico.

SUMMARY

The canines are usually the last teeth to erupt inside the dental arches, when there is retention of them it is important to try to take them into the dental arch through orthodontic treatment due to functional and aesthetic reasons.

The upper canines are after the third molars, the teeth that most often show eruption problems. This is due to a combination of lack of space in the arch with the late eruption of said teeth in relation to the neighbors. The

orthodontic management of retained upper canines can be very complex and requires a careful and well planned interdisciplinary approach.

They must be diagnosed through a thorough clinical and radiological evaluation as well as a radiographic examination; determining the possible associated complications and treatment options, individualizing them in each case. Different ways of managing them have been proposed, ranging from periodic controls, prevention of inclusion with interceptive treatment, orthodontic-surgical treatment or extraction. Before starting any procedure we must assess the individual characteristics of each patient, as well as the situation and inclination of the tooth to achieve our goal.

Objective. - Traction the upper right canine and position it properly in the arch.

KEYWORDS

Canine retained, rash, orthodontic treatment.

INTRODUCCIÓN

La retención de caninos maxilares ha sido descrita con anterioridad, la causa aparente de esto suele ser la falta de espacio y/o pérdida de guía canina para la erupción, es el segundo diente con mayor frecuencia de impactación, después de los terceros molares permanentes.

Las palabras claves se pueden definir: Retenido.- Se denomina 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; actualmente se le denomina síndrome de retención dentaria por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones, además de la ausencia del diente en la cavidad bucal. ^(1,2)

Puede estar íntegramente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o estar cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Incluido. - Los **dientes incluidos** son **dientes** que no han erupcionado durante su periodo normal de erupción y

permanecen dentro del hueso, parcial o totalmente.

Palatino. – El paladar, o bóveda palatina, consta de una parte dura (paladar duro) y una blanda (velo del paladar)” Puede estar íntegramente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o estar cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Cualquier diente de la cavidad bucal puede estar afectado, pero muchos estudios han demostrado que los terceros molares inferiores, los superiores y los caninos superiores son los que mayormente quedan retenidos. Se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes, sin tener preferencia de sexo ni color de la piel. ^(1,2)

Múltiples son las causas que intervienen en la retención dentaria, dentro de ellas encontramos causas locales como son: la densidad del hueso que cubre al diente, la falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, la retención prolongada de los dientes temporales o la pérdida prematura de éstos, la irregularidad en la presión y posición de un diente adyacente y una de las más comunes, la inflamación crónica continuada que provoca aumento de la densidad de la mucosa, causa a la que se le denomina fibrosis gingival. También pueden provocar retención dentaria causas generales o sistémicas como por ejemplo: el raquitismo, la anemia, la desnutrición, tuberculosis, trastornos endocrinos metabólicos y sífilis congénita³.

Otras condiciones patológicas pueden ocasionar la aparición de dientes retenidos como es el caso de traumatismos dentarios producidos en la dentición temporal que provoquen cambios de dirección en los folículos de sus sucesores permanentes, lo que fue denominado por Andreasen lesiones de los dientes en desarrollo.

Las lesiones de los dientes en desarrollo pueden influir en su crecimiento posterior y madurez, y generalmente dejan una deformación permanente y con frecuencia muy visible. La estrecha relación que existe entre los ápices de los dientes temporales y sus sucesores permanentes en desarrollo explica por qué las lesiones de los dientes temporales son transmitidas fácilmente a la dentición permanente. ⁴

La exéresis quirúrgica es el tratamiento usual para el diente retenido asintomático, pero además dentro de la práctica de la cirugía bucal se desarrollan procedimientos quirúrgicos de realización conjunta con tratamientos ortodóncicos siempre que la ocasión lo permita, preferiblemente en la región anterior de la cavidad bucal. También otro tratamiento utilizado es el traccionamiento quirúrgico que se realiza preferentemente en caninos e incisivos.

A los servicios acuden diariamente pacientes con signos y síntomas de retención dentaria. También en muchas ocasiones se realiza el hallazgo accidentalmente durante el

examen clínico o en radiografías de rutina.⁵

Se presenta este caso debido a lo poco frecuente del hecho, pues este diente, además de estar retenido, estaba totalmente en posición invertida.

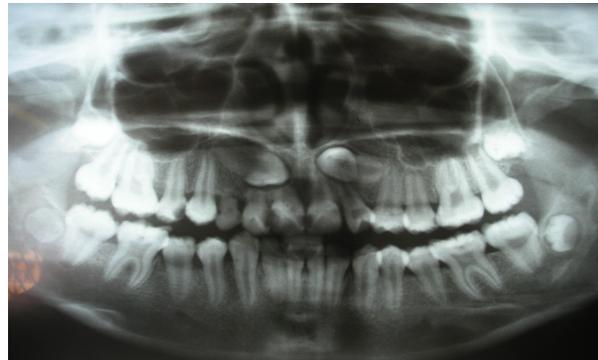


Imagen 1: Radiografía panorámica de caninos retenido



Imagen 2: Técnica quirúrgica de canino retenido del tejido blando y duro.⁴

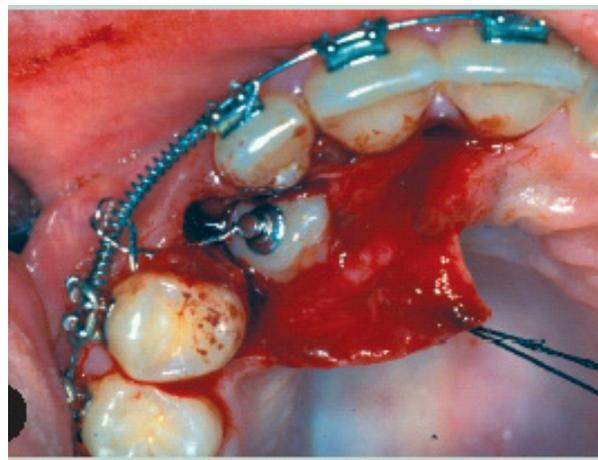


Imagen 3: Técnica quirúrgica de canino retenido superior derecho.



Imagen 4: Canino retenido, tracción ortodóntico.

1. Tratamiento ortodóntico -quirúrgico

El mejor abordaje es el diagnóstico temprano y la intercepción de un potencial canino incluido. En ausencia de esta prevención, se debe considerar el tratamiento ortodóntico-quirúrgico para exponer el canino y llevarlo a oclusión.

2. Tratamiento ortodóntico prequirúrgico

Antes de cualquier tratamiento, se debe crear espacio suficiente para poder posicionarlo, ya que en caso contrario perderíamos longitud de arcada por la mesialización del diente posterior y la distalización del anterior. Además al poner brackets en todo el arco dental se obtiene el suficiente anclaje para poder traccionarlo. Otra opción es colocar un microimplante o miniimplante como anclaje que al acabar el tratamiento se puede quitar fácilmente.⁸

3. Técnicas para exponer el canino maxilar retenido.

Ya hemos comentado que lo más común es que se presente por palatino, en ese caso se debería optar por exponer el diente y permitir que erupcione naturalmente durante la dentición mixta, o bien adhiriendo un accesorio al diente y usar fuerzas ortodónticas para moverlo⁸. Disponemos de diferentes técnicas para exponer el canino; Gingivectomía, colgajo de reposición apical, técnica cerrada, técnica abierta y tunelización.

4. Técnicas para exponer el canino mandibular retenido.

Si hay suficiente espacio en la mandíbula que permita la ubicación del canino retenido en la arcada dental se debe considerar este tratamiento. Después de la exposición quirúrgica, en algunos casos el canino es capaz de erupcionar espontáneamente si tiene una angulación favorable. Si no se produce la erupción espontánea se debe combinar con la tracción ortodóntica. Según la posición escogeremos el

acceso vestibular. El éxito de este tratamiento va a depender más de la edad del paciente que de la posición del diente, si esto no fuera posible se deberían plantear otros tratamientos como la extracción o el transplante².

5. Tratamiento ortodóntico final

Durante esta fase, mientras el canino es alineado en la arcada dental se corrigen las rotaciones dentales que faltan. Al final del tratamiento ortodóntico activo, se colocarán retenedores y el paciente se deberá citar periódicamente para control⁹.

RESULTADOS

Se logró traccionar exitosamente el canino superior derecho y llevarlo a su posición adecuada dentro de la arcada maxilar; con ello se logró clase I molar y canina de ambos lados, mejorando la forma de arcadas, sobremordida horizontal y vertical adecuada, se mejoró el perfil y eje axial de incisivos.

Etiología

Es un problema multifactorial como: mal formaciones congénitas, alteraciones en crecimiento y desarrollo, hábitos.

Es importante diagnosticar a temprana edad, lo que nos permite controlar y evitar problemas futuros que haga que los niños crezcan y desarrollen sus maloclusiones dentales y esqueléticas.¹⁰

Las causas se clasifican en generales y locales.

Causas de orden general:

1. Alteraciones endocrinas (hipotiroidismo)
2. Alteraciones metabólicas (raquitismo)
3. Enfermedades hereditarias
4. Labio y paladar hendido.

Causas de orden local:

1. Discrepancias de tamaño dental y longitud de arco.
2. Retención prolongada o pérdida prematura del canino primario.
3. Aberración en la formación de la lámina dental.
4. Posición anormal del germen dental (Archer 1978, Moss 1975)⁴
5. Presencia de una hendidura alveolar.
6. Anquilosis.
7. Problemas nasorrespiratorios.
8. Patologías localizadas como quistes, neoplasias, odontomas, supernumerarios
9. Dilaceración de la raíz.
10. Origen iatrogénico.
11. Condición idiopática, sin causa aparente.
12. Ausencia del incisivo lateral maxilar.
13. Variación en el tamaño de la raíz del diente.

14. Variación en el tiempo de formación radicular.
15. Secuencia de erupción anormal.
16. Trauma del germen dental (Moss 1975)
17. Exceso de espacio.
18. Cantidad de reabsorción de la raíz del diente primario.
19. Forma de arco estrecha
20. Herencia.⁴

DISCUSIONES

INCIDENCIA

Después de los terceros molares el canino del maxilar es el segundo diente en frecuencia de retención ^(1, 6, 6,9), con una incidencia del 0,2% al 3,6% según los autores ^(1,6,7). En relación a su posición, comúnmente los encontramos en palatino ^(1,7,8), en una proporción del 61% y en una posición vestibular en el 5%, mientras que el 34% restante se encuentra en línea con el arco dental ⁽⁷⁾. Los caninos retenidos tienen el doble de incidencia en el sexo femenino ^(8,9) y en un 8-10% de los casos la inclusión es bilateral ⁽⁸⁾. La incidencia de caninos retenidos en la maxilar superior es mucho menor la incidencia que afecta al 2.9% aproximadamente de la población, es más frecuente en el sexo femenino, y en el 85% de los casos la inclusión es palatina. ^(8,9,10)

En pacientes que tienen problemas de los caninos retenidos, generalmente, son los últimos dientes en erupcionar dentro de las arcadas dentarias, cuando existe la retención de los mismos es importante tratar de llevarlos dentro del arco dentario a través del tratamiento ortodóncico; debido a razones funcionales y de estética. Los caninos superiores son, después de los terceros molares, los dientes que con mayor frecuencia muestran problemas de erupción. Ello se debe a una combinación de falta de espacio en la arcada, con la erupción tardía de dichos dientes en relación con los vecinos. El manejo ortodóncico de caninos superiores retenidos puede ser muy complejo y requiere de un cuidadoso y bien planeado abordaje interdisciplinario¹¹.

CONCLUSIONES

Hoy en día contamos con la posibilidad de hacer diagnóstico más exacta gracias a la tecnología de la tomografía computarizada, es indispensable conocer la localización de caninos retenidos e incluidos antes de su exposición quirúrgica.

Al terminar el tratamiento se obtuvieron cambios favorables al lograr traccionar el caninos superiores derecho, llevándolo a su posición adecuada en la arcada; haciendo q la arcada tenga una buena forma y relación con la arcada antagonista.

Las características radiográficas previas al tratamiento, evaluadas en las radiografías panorámicas son indicadores útiles para la duración de la tracción ortodóncica, pero

no son predictores válidos del estado periodontal final de caninos retenidos y reposicionados ortodóncicamente de forma adecuada en la arcada dentaria.

La aparatología fija completa ofrece una alternativa comúnmente utilizada con la tracción aplicada al centro del proceso alveolar, utilizando ligadura metálica del botón hacia el arco rígido, esta técnica asegura un buen sistema de control y que se logró traccionar exitosamente el canino superior derecho y llevarlo a su posición adecuada dentro de la arcada maxilar; con ello se logró clase I molar y canina de ambos lados, mejorando la forma de arcadas, sobremordida horizontal y vertical adecuada, se mejoró el perfil y eje axial de incisivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedoya MM, Park JH. A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. J Am Dent Assoc. 2009.
2. Aras M, Halicioglu K, Yavuz M, Çaglaroglu M. Evaluation of surgical-orthodontic treatments on impacted mandibular canines. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011.
3. Pérez F. M., Pérez F. P., Fierro M. C. Alteración en la Erupción de Caninos Permanentes. Int. J. Morphol, 2009.
4. Archer 1978, Moss 1975. Causas de orden local.
5. Peng CL, Su YY, Lee SY. Unilateral horizontally impacted maxillary canine and first premolar treated with a double archwire technique. Angle Orthod. Links Andreasen FM. Traumatología dental y ortodoncia. Ortodoncia Clínica. 2004
6. Litsas G, Acar A. A review of early displaced maxillary canines: etiology, diagnosis and interceptive treatment. Open Dent J. 2011.
7. Kolenc-Fusé FJ. Agenesias dentarias: en busca de las alteraciones genéticas responsables de la falta de desarrollo. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004.
8. Alqerban A, Jacobs R, Lambrechts P, Loozen G, et al. Root resorption of the maxillary lateral incisor caused by impacted canine: a literature review. Clin Oral Investig. 2009.
9. Cooke J, Wang HL. Canine impactations: Incidence and management. Int J Periodontics Restorative Dent. 2006.
10. Crescini A, Nieri M, Rotundo R, Baccetti T, et al. Combined surgical and orthodontic approach to reproduce the physiologic eruption pattern in impacted canines: report of 25 patients. Int J Periodontics Restorative Dent. 2007.