

## DIAGNOSTICO DE CANINOS PERMANENTES RETENIDOS DIAGNOSIS OF RETAINED PERMANENT CANINS

Gabriela Ortega Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Docente Facultad de Odontología, UAJMS

**Correo electrónico:** gabrielaortegaflores@gmail.com

**Dirección de correspondencia:** calle Bolívar # 1044 Esq. Av. La Paz.

### RESUMEN

Los caninos son unas de las piezas dentarias que mayor problema presentan para hacer erupción en los arcos dentarios por lo que algunas veces pueden quedar dentro de los huesos maxilares retenidos. Es importante diagnosticar esta alteración lo más antes posible en el niño y adolescente, debido a que esta pieza goza de tener como función el de guía de la oclusión y pilar de la estética facial.

La manera de diagnosticar estas alteraciones es a través del examen clínico y radiográfico. Serán muchos los factores a tomar en cuenta en lo que se refiere al tratamiento de los mismos siendo uno de los más importantes de ellos la edad del paciente y la relación del canino retenido con las estructuras vecinas.

### PALABRAS CLAVE

Canino Permanente, Canino Retenido

### SUMMARY

The canines are one of the teeth that present the greatest problem to erupt in the dental arches, so they can sometimes remain inside the retained maxillary bones. It is important to diagnose this alteration as soon as possible in the child and adolescent, because this piece has the function of guiding the occlusion and pillar of facial aesthetics.

The way to diagnose these alterations is through the clinical and radiographic examination. There will be many factors to take into account in regard to the treatment of them being one of the most important of them the age of the patient and the relationship of the canine retained with neighboring structures.

### KEYWORDS

Permanent canine, canine retained

### INTRODUCCIÓN

A la edad de 3 o 4 años el canino superior se encuentra en una posición muy alta y dirigida su corona hacia mesial, es entre los 8 y 10 años que se podría palpar en el fondo del surco del vestíbulo las coronas de estas piezas dentarias como unas prominencias. Cuando las coronas llegan a estar cerca de las raíces de los incisivos laterales cambian ligeramente de dirección; haciéndose algo más verticales para terminar de aparecer en la cavidad oral a la edad de los 11 años.<sup>1</sup>

La importancia de estas piezas dentarias radica en varios factores, a cuál más importante: son factor importante en la estética facial, ya que forman los ángulos que separan los planos laterales del anterior del rostro, esto gracias a que poseen las raíces más largas y robustas de todas las piezas dentarias. De igual manera juega un papel importante en lo que es la oclusión dental, debido a que este formara la “llave Canina”, punto de referencia primordial para tomar en cuenta en las guías de una oclusión funcional y estética.

Algunas veces estas piezas dentales por diferentes causas, como por ejemplo las de origen local, general o genéticas, no llegan a erupcionar en la cavidad oral, quedando alojadas en el interior de los huesos maxilares<sup>2</sup>, ya sea que tengan un total o incompleto desarrollo radicular; es a esta alteración lo que se llama “retención”. Esta alteración puede ser diagnosticada y evaluada con gran precisión a través del examen radiográfico, del cual tenemos en la actualidad diferentes técnicas de las cuales hace uso para poder obtener una información precisa, como lo son la radiografía lateral, frontal, oclusal, tomografía dental

y las radiografías periapicales, siendo estas últimas las que deban usar la técnica de Clark.

El pronóstico del tratamiento de esta alteración toma en cuenta diferentes parámetros a considerar para poder realizar o no un tratamiento ortodóncico, por lo que se debe hacer un cuidadoso estudio radiológico, el que tomara en cuenta varios factores como lo son: la posición y forma de la pieza dentaria retenida, su relación con las estructuras vecinas, la edad del paciente, si presenta o no capuchón pericoronario, la inclinación del eje del diente en relación a la línea media o sagital, si se presenta o no anquilosis, reabsorción radicular tanto de la pieza retenida como de las piezas dentales vecinas.

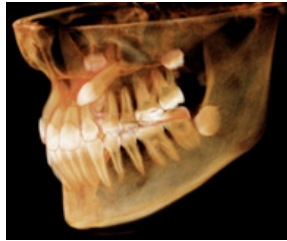


Fig 1: Presencia de Canino retenido

## GENERALIDADES

Los caninos que no llegan a hacer erupción en las arcadas dentarias luego de su tiempo normal de erupción pueden ser consideradas como dientes retenidos, impactados o incluidos. Veamos cada uno de los conceptos:

- **Diente Retenido:** es aquel estado en el cual un diente parcial o totalmente desarrollado queda alojado en el interior de los maxilares, después de haber pasado la época promedio normal de su erupción.
- **Diente Impactado:** Es el diente que ha perdido la fuerza de erupción y por impedimentos mecánicos (otros dientes, hueso, tumores) quedando rodeado completamente por hueso (maxilares) con o sin patología asociada, sin poder llegar a hacer erupción.
- **Incluido:** Es la posición ectópica del órgano dentario haya o no pasado su época de erupción. Los caninos quedan bloqueados en el espesor del hueso maxilar; cavidad nasal, órbita o la pared anterior del seno maxilares.<sup>3</sup>

El tiempo prudencial que se debe esperar después que pasa el tiempo normal de erupción es de 6 meses, para empezar a realizar los estudios radiográficos y dar un diagnóstico certero.

## ETIOLOGÍA

Las causas por las que los caninos puedan quedar retenidos se clasifican en:

- **Generales:** Labio leporino y paladar hendido, alteraciones endocrinas y metabólicas, herencia genética
- **Locales:** Discrepancia de tamaño dental y longitud de arco, alteración en posición o forma del germen dental, pérdida prematura o retención prolongada de canino temporario, anquilosis, iatrogenias, trauma, dilaceración de la raíz, quistes, neoplasias, dientes supernumerarios, problemas nasorespiratorios.

## CLASIFICACIÓN

Tomaremos como referencia la clasificación que hace el Dr. Ugalde (2001). La clasificación se dará según varias características<sup>4</sup>:

1. **Ubicación:** Si es Maxilar o Mandibular
2. **Lado:** Derecho, Izquierdo o bilateral
3. **Dirección:** Vertical, oblicua o angular. Describe el ángulo que forma el eje axial de la pieza dentaria retenida con relación a la línea media

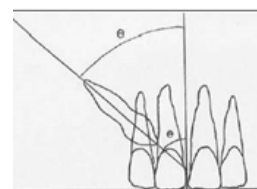


Fig 2: Análisis de Power y Short

“Utiliza un ángulo formado entre el eje longitudinal del canino y una línea media de referencia perpendicular al borde de la radiografía que pasa por la espina nasal anterior. Cuando el ángulo formado se encuentra entre 0 y 15° el pronóstico es favorable; entre 15 y 30° es regular; y cuando supera los 31° disminuye la posibilidad de que el canino retome su vía normal de erupción, y su pronóstico es malo”<sup>5</sup>.

4. **Posición:** Superficial, poco profundo y profundo. Según la relación de la corona del canino retenido con los tercios radiculares (cervical, medio y apical) de los dientes adyacentes.
5. **Localización:** Vestibular, palatina o media
6. **Estado Radicular:** Dilacerada, recta, completa incompleta. Describe la morfología de raíz de la pieza retenida.
7. **Estructuras Vecinas:** Con o sin daño. Según la pieza dentaria ocasiono o no reabsorción de las piezas dentarias vecinas.

**DIAGNOSTICO:** El diagnóstico debe ser lo más acertado posible, pues de este dependerá el pronóstico del futuro tratamiento ortodónico. Lo que debemos tomar en cuenta es que el diagnóstico mientras a más temprana edad se realice el pronóstico será mejor. Se aconseja realizarlo por lo tanto en una dentición mixta temprana pero que tenga las características de que hayan hecho erupción los 4 primeros molares y los 8 incisivos permanentes.

Serán varios los indicadores que nos alerten de la retención de un canino, uno de ellos es la herencia genética, el examen clínico donde debemos observar la presencia de diastemas entre incisivos laterales y centrales, una posición anómala del incisivo lateral, apiñamiento, extracciones prematuras de piezas dentales temporarias, debemos proceder a la toma de radiografías; más aún si pasados los 10 años de edad no se palpa o visualiza el abultamiento osteo - mucoso que forma la corona del canino cuando está emergiendo.

**DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO:** Si llegamos a observar alguno de las características clínicas arriba mencionadas debemos proceder a tomar radiografías. Para ello podemos hacer uso de varias técnicas, siendo la más convencional la técnica periapical con la técnica de Clark, pero hoy se está dando más uso a lo que son las radiografías laterales, frontales y oclusales; cuando estas no disipan las dudas que el cirujano u ortodoncista tiene sobre el diente retenido se deberá pedir la tomografía dental.



Fig. 3: Radiografía Panorámica, donde se observan los dos caninos maxilares retenidos

Existen detalles anatómicos que radiográficamente nos servirán de guía en el diagnóstico y plan de tratamiento de estas piezas retenidas:

1. **La expansión y migración del Canal Gubernacular:** Este canal será por el cual el canino baja desde la fosa canina hacia el reborde alveolar, se observa su desembocadura en el paladar por detrás de la pieza homologa temporaria. Con la extracción del canino temporario se produce un ensanchamiento de este canal lo cual ayuda en un 40 a 50% a la erupción del canino permanente.

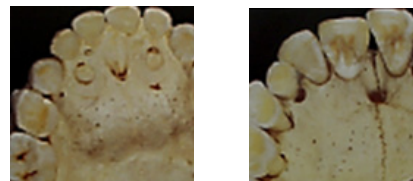


Fig 4: Canal Gubernacular por palatino de 53

2. **Cambios en el ancho del folículo dental:** Radiográficamente observable, este folículo mientras más ancho sea indicara que la pieza dentaria tiene mayor fuerza de erupción, por lo que se deduce que en niños donde los folículos son anchos tendrán mayor fuerza de erupción que un joven de 14 o más edad, donde los folículos dentales tienden a presentarse como líneas delgadas radiolucidas que rodean la corona de los dientes retenidos.

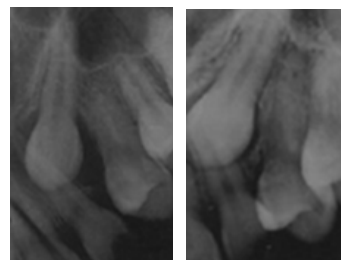


Fig. 5: Radiografías Periapicales donde se observa el Fólculo Dental: 13 y 17 años

**TRATAMIENTO:** El plan de tratamiento que se elegirá para traccionar o no un canino retenido está bastante ligado de acuerdo a la clasificación que responda, serán varios los factores a evaluar para saber si el tratamiento es procedente o no, siendo en este último caso como tratamiento a realizar la avulsión de la pieza dentaria.

Una comparación a grosso modo, se puede decir que la retención de caninos mandibulares es más complicada que los maxilares, esto se debe al poco espacio y hueso ebúrneo que presenta la mandíbula. Entre la retención palatina o vestibular en los maxilares superiores, se puede decir que la retención palatina ofrece menos recidivas en lo que es la retracción gingival y el manejo quirúrgico; mientras que en la retención por vestibular existe mayor probabilidad de que se dé una anquilosis<sup>7</sup>.

Un detalle muy importante a tomar en cuenta es el estado de las raíces tanto del diente retenido como de las piezas dentarias vecinas, será de un juicio muy cabal y preciso para saber cómo proceder si se presentara efecto secundario de esta retención dental, al momento de decidir qué dirección llevar para realizar el tratamiento de la pieza retenida.

El tratamiento puede realizarse de dos maneras:

1. **Quirúrgico:** Se puede realizar dos acciones: La exodoncia de la pieza y el autotrasplante dentario
2. **Quirúrgico – Ortodónico:** Se realiza la exposición quirúrgica de la pieza retenida, para luego pegarle aditamentos ortodónicos y de esta manera traccionarlos hasta que alcancen su posición adecuada en los arcos dentarios.

**CASO CLINICO:** Niña de 12 años, con pieza 13 retenida por vestibular debido a una pérdida prematura de sus antecesores temporarios, a la paciente se le realiza una cirugía donde se fenestra la mucosa y se le pega bracket. Los pasos a seguir luego son de tracción con la sucesión de la técnica de arco recto, consiguiendo llevar la pieza a su posición adecuada dentro del arco dentario.



Fig 6: Fotos de Inicio: Niña 12 años; con 13 retenido



Fig 7: Radiografía Panorámica: Obsérvese la pieza 13

### SECUENCIA DE TRATAMIENTO:

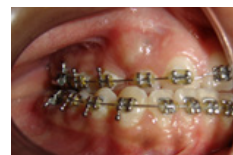


Fig 8: a) Colocación de Aparatología



Fig 9: b) Fenestración y pegado de bracket en pieza 13



Fig 10: c) Posicionamiento de pieza 13 en el arco dental

## DISCUSIÓN

Existen varias posiciones en cuanto al tratamiento a realizar según qué factores del diagnóstico se tome en cuenta, así por ejemplo:

Los procedimientos quirúrgicos relacionados con la retención del canino pueden ser clasificados de acuerdo con la edad del paciente, su desarrollo dental, y posibilidades de erupción en: a) procedimiento temprano conservador, que pretenden mantenerlo en el arco dental y b) procedimiento tardío o radicales que tienen como objetivo eliminar el canino maxilar. 6

Cada vez se proponen en la literatura nuevos materiales y técnicas ortodóncicas apropiadas para lograr la tracción de caninos retenidos, lo importante no es el tipo de técnica, sino que el buen tratamiento se fundamente en un diagnóstico adecuado que conduzca a una lista de prioridades que guíe un adecuado manejo interdisciplinario.7

Los caninos permanentes son las segundas piezas dentarias que mayores problemas experimentan cuando hacen erupción, el tratamiento no siempre será su reposicionamiento a través de cirugía y pos tratamiento ortodóncico, pues algunas veces su avulsión será imperiosa. Para llegar a tomar uno u otro camino serán muchos los factores a tomar en cuenta haciendo uso de varias técnicas radiográficas, para llegar a un diagnóstico certero.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Ante cualquier retraso o percance en la erupción de los caninos permanentes, se debe obtener un diagnóstico radiográfico, lo más antes posible y de alta precisión; recordemos que a más temprana edad se diagnostique el problema, el pronóstico será más favorable.

El diagnóstico presuntivo puede realizarlo un odontólogo general, pero estará en manos del ortodóncista realizar un diagnóstico especializado y la elaboración del plan de tratamiento adecuado. Según

como sea clasificado el canino retenido dependerá el tratamiento que se le realice, pero en la mayoría de los casos donde los caninos retenidos estén en posición horizontal y/o anquilosados están destinados a la exodoncia.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Fernando Aguilera Zurita. “Erupción dentaria: estudio radiográfico de corredores de erupción de caninos superiores en niños con 10 años de edad”. Marzo 2014
  - 2) Egidio Moreno S, Arnau Matas C. “Caninos incluidos, tratamiento odontológico. Revisión de la literatura”. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA Vol. 29 - Núm. 5 - 2013
  - 4) Francisco J. Ugalde. “Clasificación de caninos retenidos y su aplicación clínica”, Revista ADM. Vol. LVIII (2001)
  - 5) Upegui JC, Echeverri E, Ramírez DM, Restrepo LM. “Determinación del pronóstico en pacientes que presentan caninos maxilares impactados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia”. Revista Facultad Odontología Universidad Antioquia 2009; 21(1): 75-85
  - 6) Radi José, Flor A. Villegas. “Protocolo Quirúrgico para el Manejo Interdisciplinario del Canino Retenido en el Maxilar Superior”. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia –Vol 13 N°2. 2002.
  - 7) Gómez G. Sandra Liliana, Pedro M. Jaramillo V. “Manejo Ortodóncico de Caninos Maxilares Retenidos”. Revista Facultad Odontología Universidad Antioquia 2002; 13(2): 79-85
- Mario A. Valdez Torres. <http://orthohacker.com/2012/04/20/clasificacion-de-caninos-retenidos/>. “Clasificación de caninos retenidos”, Abril de 2012