

MANEJO QUIRURGICO DE CANINOS RETENIDOS

Flores Solari JeovanaMariusa¹

RESUMEN

Los caninos son piezas importantes en el aparato estomatognático, siendo las últimas en erupcionar en las arcadas dentarias, permitiendo los movimientos de lateralidad en la masticación y que determinan, por su posición, la armonía de la oclusión y la estética dental. Por lo tanto, la retención de estas piezas por limitación física en su erupción debe ser tratada en forma temprana con aparatología ortodoncica que permita una restauración precoz de las lesiones de otras piezas cercanas.

La frecuencia reportada en la literatura, muestra que la retención unilateral de los caninos es más frecuente que la bilateral, presentándose en 1 de cada 1000 personas. Es así que los caninos retenidos por palatino erupcionan ocasionalmente en forma espontánea, mientras que los de retención por vestibular son difíciles de ser predichos en su comportamiento.

Entre la etiología de esta patología se reportan múltiples patologías, como enfermedades endócrinas, deficiencia de vitamina E, posición anormal del germen dental, hendidura alveolar, variación del tamaño de la raíz del diente, herencia, etc.

PALABRAS CLAVE

Retención dentaria. Canino retenido.Exodoncia.

INTRODUCCION

La retención dentaria en caninos superiores o inferiores es una anomalía que evita el desarrollo normal y funcional de los mismos, debido a la presencia de una limitación anatómica ósea o de tejido blando que impide su erupción y desarrollo dentro de la arcada dentaria.

La limitación de la erupciones, generará a mediano plazo, daño a estructuras vecinas, por lo que la indicación de tratamiento ortodónico temprano es vital, sin embargo el diagnóstico tardío lleva a procedimientos más cruentos, que requieren la realización de un diagnóstico clínico preciso, evaluando escrupulosamente la relación con estructuras adyacentes, la localización y la situación en la que se presenta la pieza retenida. El momento de tomar la decisión del acto quirúrgico se planificará que dicho manejo evite el desarrollo de diferentes patologías dentarias que limiten la funcionalidad o estética dental del paciente.

RETENCION DENTARIA

Para realizar un procedimiento quirúrgico es necesario tomar en cuenta los diferentes tipos de retención dentaria como:

TIPOS DE RETENCION DENTARIA		
Clasificación	Mayor frecuencia	Menor frecuencia
Según la forma de la arcada.	Estrecha: Se presenta con mayor frecuencia en mujeres.	Amplia: Generalmente se presenta en hombres
Según su ubicación.	Maxilar superior.	Maxilar inferior.
	Maxilar superior: Hacia palatino. Maxilar inferior: Hacia vestibular.	Maxilar superior: Hacia vestibular. Maxilar inferior: Hacia lingual.

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

Según su disposición en el Maxilar.	Situación mixta: Corona en palatino y raíz hacia vestibular.	Situación mixta: Corona en vestibular y raíz hacia palatino.
	Eje oblicuo hacia mesial.	Eje oblicuo hacia distal.
Según su relación con el hueso maxilar y la mucosa gingival.	Intraósea: La pieza dentaria se presenta encerrada dentro del hueso.	Subgingival: Una parte de la corona de la pieza dentaria emerge del hueso y está recubierta por mucosa.
Según el número de piezas retenidas.	Unilateral o simple: Una sola pieza retenida, en el lado derecho o izquierdo del maxilar afectado.	Bilateral o doble: Dos piezas retenidas en ambos lados del maxilar afectado.

Cuadro No. 1 TIPOS DE RETENCION DENTARIA
Fuente: Elaboración propia

El conocimiento de estos tipos de retenciones dentarias es importante ya que permitirá planificar su abordaje quirúrgico, el mismo que presenta diferencias de acuerdo a la pieza dentaria que se encuentra retenida. El presente artículo menciona los pasos a seguir en una retención dentaria de caninos superiores e inferiores.^{1,2}

El canino es una pieza que tiene el trayecto más largo y tortuoso, iniciando el crecimiento del germen a los 4 a 5 meses posteriores al nacimiento, a los 3 años se ubica debajo de la órbita entre la cavidad nasal y el seno maxilar, a los 6 años su cúspide está debajo del piso nasal, lingualmente al ápice de la raíz del canino primario, después se localiza por distal de la raíz del incisivo lateral permanente. Más o menos a los 8 años, los caninos que se inclinaron hacia mesial, debieran enderezarse localizándose en la posición casi definitiva que delimitará el perfil dental y la guía de la oclusión dental durante el crecimiento. Es así, que la mayoría de los problemas de erupción dentaria que se presentan en los caninos ocurre alrededor de los 12-13 años de edad,

causando problemas en su formación y en el desarrollo en la arcada dentaria, coartando la correcta delimitación de piezas anteriores y posteriores causada por la ausencia de estas importantes piezas de transición, además de limitar la "guía canina", misma que permite orientar las piezas dentarias a una buena posición intercuspídea.^{2,9}

ALTERACIONES PRODUCIDAS A CAUSA DE LA RETENCION DENTARIA EN CANINOS

La retención de los caninos puede manifestarse por una serie de datos clínicos que orientan hacia la presencia de ésta entidad, es así que en el cuadro 2 se describen algunas de ellas.

ALTERACIONES PRODUCIDAS POR CANINOS RETENIDOS	
Clasificación	Descripción
Alteraciones motoras	Como ser: parálisis facial, epifora y edema en la mejilla.
Alteraciones sensoriales	Existe presencia de dolor; producido por la presión que ejerce en los troncos nerviosos. Tinnitus.
Accidentes tumorales	Formación de quistes dentígeros, su evolución logra lesionar estructuras vecinas, por ejemplo: fosas nasales, seno maxilar, piezas dentarias vecinas, hueso alveolar en el que se encuentra contenido.
Accidentes infecciosos	Producidos por la infección en el saco pericoronario de la pieza; causada por: propagación de una periodontitis del diente vecino, alveolitis producida por exodoncia de la pieza vecina. Si la retención fuera subgingival, hay riesgo de caries en la porción coronaria de la pieza retenida.
Accidentes mecánicos	Entre estos se pueden nombrar: desplazamientos de piezas adyacentes que va a causar malposición dentaria; destrucción ósea y radicular, rizólisis de dientes vecinos, además del balanceo de prótesis total o parcial removible.
Accidentes nerviosos	Presencia de dolor en la región nasal, a nivel cervical y facial, además de odontalgias en las piezas dentarias contiguas a la pieza dentaria retenida.

Cuadro No. 2 ALTERACIONES POR CANINOS RETENIDOS
Fuente: Elaboración propia.

De ésta manera la evaluación clínica y radiológica permitirá su confirmación diagnóstica, ante la ausencia de la pieza dentaria en el tiempo previsto y la observación de la pieza retenida en radiografías periapicales, oclusales o panorámicas.^{4,5}

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es el uso de aparatología, que permita el descenso de la pieza dentaria. En caso de fracaso del manejo ortodóncico, o ante un diagnóstico tardío se procede a la cirugía como medio curativo, de allí es que se debe definir con claridad si el diente está *incluido* (perdió la fuerza de erupción) o *impactado*, (está incluido en el maxilar por una barrera física), o finalmente está *retenido* (se detuvo la erupción sin que exista una barrera física), es por eso que el procedimiento inicial orienta hacia la corrección de un diente incluido , pero cuando existe una detención horizontal o anquilosis cercana a los incisivos, el procedimiento aparatológico es difícil de ser manejado con pocas probabilidades de éxito.

Los caninos superiores, son los dientes permanentes que se presentan retenidos con mayor frecuencia, es así, que los superiores, corresponden a una tercera parte de retenciones, siendo más frecuentes las localizaciones por vestibular o dentro del alveolo, mientras que las dos terceras partes corresponden a la ubicación por palatino.

De esta manera se describen 3 técnicas para la liberación de un canino superior retenido por vestibular y son:

- a) Descubrimiento por escisión; utilizada en caso de *exposición labiolingual* de la corona del canino retenido, en el que, si la retención es labial hay poco no

ningún hueso cubriendo la corona.

- b) Colgajo de posición apical, que es útil en *exposición* labiolingual, así como en retención alveolar. Esta técnica será utilizada también en casos donde la encía sea insuficiente
- c) Erupción cerrada, útil en *retención alveolar*, permitiendo una encía adecuada por encima de la corona y no lleva a reintrusión del diente a largo plazo. Esta técnica no es útil en caso de posicionamiento mesiodistal de la corona.

El procedimiento quirúrgico de los caninos retenidos lleva maniobras de bioseguridad comunes a todas las intervenciones, de allí que la asepsia y antisepsia de la región se constituye un elemento fundamental con el fin de prevenir alguna infección a través de la utilización de sustancias químicas como el alcohol yodado y soluciones preparadas con peróxido de hidrogeno.⁶

El protocolo de manejo se inicia con un procedimiento temprano en pacientes en los cuales se pretende rescatar y conservar el arco dental a través de:

- a) Ventana quirúrgica vestibular, propuesta por Dewel en 1949, y consiste en la remoción de la mucosa queratinizada y parte de la mucosa alveolar que cubre la corona de los caninos
- b) Ventana quirúrgica palatina, en la que se remueve el tejido blando alrededor de la corona del canino retenido por palatino, dejando vista la unión cementoamélica. Después de este procedimiento, se puede incluir la ortodoncia en caso de que la corona esté próxima al plano de oclusión y tenga suficiente espacio para erupción. Si la corona es profunda o no hay espacio, se

- coloca cemento quirúrgico para que permita su erupción espontánea y posterior ortodoncia.
- c) Colgajo de reposición apical: introducido en 1954 por Nabers, utilizando dos incisiones relajantes que permitan la tracción ortodóncica,. En 1974 Levin y D'mico modificaron el procedimiento conservando la mucosa queratinizada al momento de exponer la corona, recomendándose que dicha exposición no sobrepase la unión cementoamélica para evitar pérdidas óseas
- d) Remoción de patología oral asociada a la retención: como el retiro de quistes dentígeros, odontomas u otras limitantes de la erupción.
- e) Técnica del túnel, presentada por Clark en 1975, diseñando un túnel entre el diente retenido y la cavidad oral, incluyendo en algunos casos tracciones cerradas. Esta técnica permite la exposición de la corona para fijación inmediata de la misma con una ligadura. El colgajo se devuelve a su posición original y la ligadura se mantiene por debajo de este para aplicar fuerza con ortodoncia. Crescini modificó esta técnica, removiendo el alveolo del deciduo, pasando la ligadura por el túnel y ejerciendo tracción intraósea.
- f) Reposicionamiento dental: Descrito por Holland, Cowan y Keith, para lo cual debe haber un buen espacio en el arco dental, el ápice debe estar localizado correctamente, y debe estar abierto, por lo que la indicación de este procedimiento se realiza a edades tempranas.

- g) Autotransplante dental, descrito por Widman, sin embargo el resultado es poco predecible. En este caso, el canino debe ser removido quirúrgicamente y debe existir suficiente espacio para el diente trasplantado, el cual se mantiene ferulizado por 3-12 semanas.

BIBLIOGRAFIA

1. ArcherW. Cirugía bucal. 2^{da} Edición. Editorial Mundi. Universidad de Michigan.2009; 151
2. Donado Manuel, Blanco Samper. Cirugía bucal. Patología y técnica. 3^{ra} edición. Editorial Masson. España. 2005; 443- 451
3. FigunM, GarinoR. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. 2^{da} edición. Editorial El Ateneo. Argentina. 1997; 232,233
4. López J, García A. Cirugía oral. 1^{ra}Edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill, Healthcare Group. Universidad de Michigan.1991; 135-146
5. Navarro Carlos. Cirugía oral. 1^{ra} Edición. Capítulo 1.Editorial Arán. España. 2008; 34-37
6. Raspal Guillermo. Cirugía oral e implantología. 2^{da} edición. Editorial Médica Panamericana. España. 2007; 131-135
7. RavindraNanda. Biomecánica en Ortodoncia Clínica. 1^{ra} Edición. Editorial Médica Panamericana. España. 1998; 91-95
8. Rapaport. H. Revista Odontológica. 1^{ra} edición. Editorial Ateneo. Argentina.2007; 10-13.
9. Ries CentenoG. Cirugía bucal. 10^{ma}Edicion. Editorial El Ateneo. Argentina. 2001; 21-30.
10. Uribe Restrepo. Ortodoncia: Teoría y clínica, Fundamentos de odontología. 1^{ra}Edición. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas.Colombia.2004;538-545