

IMPLANTE SIMULTANEO A EXTRACCIÓN DE CANINO SUPERIOR INCLUIDO

Alarcón Cari Milca Sarai¹

Mg. Sc. Dra. Bustamante C. Gladys²

RESUMEN

Tomando en cuenta la importancia del canino en el maxilar como guía en la ubicación final de los dientes en cada arcada, las alteraciones que éste sufra antes del proceso de erupción deben llevar a un análisis escrupuloso de las formas de manejo para la resolución de cada cuadro. Es de este modo que las complicaciones retentivas, que son provocadas por la misma pieza (dilaceración) o piezas circundantes pueden llevar a la completa inclusión del canino superior en hueso alveolar, provocando alteraciones en la funcionalidad de la oclusión.

De esta manera la inclusión del canino ha planteado retos en el tratamiento del mismo, que han evolucionado desde las tracciones quirúrgicas asociadas o no al manejo ortodóncico, hasta la aplicación de implantes posteriores a la exodoncia de la pieza en mención, cuando los procedimientos anteriores han fracasado o no pueden ser aplicados.

Es así que el implante simultáneo a la extracción de la pieza comprometida, ha mostrado mayor éxito a implantes tardíos al otorgar una respuesta inmediata y favorable de los tejidos bucales y al reducir el tiempo del tratamiento y las complicaciones subsecuentes.

PALABRAS CLAVE

Canino incluido, implante inmediato, resorción ósea.

INTRODUCCION

Los caninos son piezas que tienen alta importancia en el aparato estomatognático, constituyéndose en la base de desarrollo de la arcada correspondiente, ya que su integridad y disposición proporcionan la armonía de la oclusión dentaria.

La formación del canino superior se inicia entre los 4 y 5 meses de edad, completando su formación alrededor de los 7 años, con la erupción del mismo a los 11 a 13 años de edad aproximadamente, tomando generalmente la dirección mesial. Esta pieza se caracteriza por tener un trayecto más largo en su desarrollo desde la fosa piriforme en la pared posterior del antro nasal por debajo de la órbita.

Durante el proceso de desarrollo, la falta de espacio para su descenso, el bajo desarrollo de la pieza o la compresión de las piezas que lo circundan, pueden ser causas para que el canino quede alojado en el interior de los maxilares. De esta forma la retención del canino superior se constituye en una de las anomalías más frecuentes de las lesiones de inclusión, después de la retención de los terceros molares.¹

Existen causas de origen sistémico y local que pueden llevar a la retención del canino superior, de las cuales las más frecuentes son las alteraciones metabólicas como el hipotiroidismo, enfermedad que se presenta con alta prevalencia en la región de los valles del país. De igual forma paladar hendido o

¹Univ. Tercer Año Facultad de odontología UMSA

² Médico Internista. Docente emérito UMSA.

Mg.Sc. Psicopedagogía y Educación superior. Mg Sc Gestión, planificación y evaluación de proyectos. MBL dirección de desarrollo Local.

fisura labiopalatina, así como malformaciones del macizo cráneo facial establecen indicadores variables de presencia de canino incluido relacionado con la alteración de espacios funcionales para la emergencia de esta pieza. Entre las causas locales se pueden mencionar a la aposición anormal del germen dental, dilaceración de la raíz, ausencia de incisivo lateral maxilar, pérdida prematura del canino primario, etc.

Es por ello y por la importancia que se asigna a esta pieza que el manejo clínico quirúrgico es planteado para corregir la oclusión funcional que permite la existencia del canino, misma que se asocia a los movimientos de lateralidad de la oclusión y consiguientemente la integridad de la articulación temporomandibular, sin olvidar que la presencia de esta pieza, marca el soporte del labio superior evitando los signos de envejecimiento prematuro, además de dar estética a la sonrisa.

TERAPIA DEL CANINO SUPERIOR INCLUIDO

Para el tratamiento del canino superior incluido se han planteado múltiples tratamientos, los cuales tienen como fin el recuperar el espacio del diente que no emergió, reemplazar el espacio por un implante, que restablezca la relación oclusal que ofrece esta pieza dentaria y finalmente mantener la estética facial del individuo, de una u otra forma, los procedimientos realizados, permiten el control funcional del aparato estomatognático manteniendo la belleza de la sonrisa.

El manejo inicial de un canino incluido diagnosticado clínica y radiológicamente debiera iniciarse antes del proceso de erupción dentaria, generando el espacio interdentario que facilite el descenso de la pieza, siempre que la corona esté localizada en porción distal con respecto

al eje axial del incisivo lateral, para lo cual se realiza ortodoncia preventiva y mantenedor de espacio,. Sin embargo cuando la pieza de encuentra con la corona dirigida hacia mesial con respecto al eje del incisivo, se procede a la:²

- a) Gingivectomía.
- b) La creación de un colgajo en posición apical.
- c) Técnicas cerradas.

Todas ellas tienen como fin el de descubrir un canino maxilar con implantación vestibular, para lo cual la cirugía se apoya de una conducta ortodóncica que a partir de la fuerza mecánica que ejercen los alambres, logren el descenso del canino retenido.²

Finalmente, si el paciente no ha tenido resultados óptimos con la terapia antes mencionada, o el diagnóstico de la retención ha sido tardío, se procede a la exodoncia del canino retenido , esperando de 2 a 6 meses para lograr la cicatrización del tejido agredido, después de ello se procedía al implante , sin embargo la resorción ósea no siempre permitía el éxito de este procedimiento lo cual era una gran desventaja para el paciente, por lo que se consideró como una alternativa, el uso de un implante inmediato a la exodoncia, evitando de este modo la pérdida ósea esperada.^{3, 8}

A raíz de estas observaciones, es que los procedimientos quirúrgicos actuales realizan implantes postextracción inmediata, disminuyendo de esta manera la resorción ósea esperada.

CLASIFICACION DE IMPLANTES POSTEXTRACCIÓN DE CANINO SUPERIOR INCLUIDO

De acuerdo al tiempo transcurrido entre la exodoncia y la aplicación del implante se establece la siguiente clasificación:^{3,5}

- a) Inmediatos: son los que se realizan después del procedimiento de exodoncia del canino, interviniendo inmediatamente en la colocación del tutor de titanio.
- b) Tardíos: son aquellos en los que se realiza una espera de cicatrización del tejido, que oscila entre 3 semanas a 6 meses, después del cual se realiza la inserción del aparato mecánico.

De acuerdo a la zona receptora, la clasificación de implantes se refiere a:

- c) Implante inmediato: relacionado a la existencia de una cantidad suficiente de hueso que permita la estabilidad del soporte del implante.
- d) Implante reciente o inmediato secundario: que requiere un tiempo de 6-8 semanas, para una adecuada cicatrización, permitiendo el desarrollo adecuado de una cubierta mucogingival en el alveolo.
- e) Implante diferido: relacionado a las características de la zona receptora, que no presenta las condiciones para un implante inmediato, requiriendo injertos óseos o de membranas de barrera, para luego de 6 meses y de acuerdo a la evolución, planificar la aplicación del implante.^{3,4}
- f) Implante maduro: cuando la aplicación del implante se la realiza en un tiempo mayor a los nueve meses de la exodoncia, verificándose la existencia de hueso maduro apto para la inclusión del aparato mecánico.⁴

IMPLANTE INMEDIATO

Se denomina implante inmediato a la aplicación del sustituto dental mecánico durante el acto quirúrgico en el cual se retira el canino incluido, el cual no ha tenido respuesta a tratamientos previos o cursa con patologías sin posibilidad de recibir tratamiento. Esta técnica aplicada desde los años 80 propuesta por Tübingen, Múnches, y posteriormente por Branemark, cuyo protocolo propuso dos fases:^{5,6}

- a) Primera fase, donde se prepara quirúrgicamente el alveolo a tratar, para posteriormente atornillar el implante de titanio y esperar un tiempo entre 3 a 6 meses para la completa osteointegración.
- b) En la segunda fase ya se procede a conformar la cabeza o corona del implante.

Esta técnica fue de alguna manera mejorada por Worhrle en 1998 utilizando un implante inmediato en la zona anterior consiguiendo un éxito del 100% en relación a la técnica de carga inmediata, que anula el tiempo de cicatrización que empleaba Branemark, para solo utilizar un máximo de 48 horas después de la extracción y así no comprometer la osteointegración del implante.^{6,7}

Las sugerencias para la aplicación de esta última técnica son:

- Usar una restauración atornillada para poder obtener una posición adecuada del implante en un periodo máximo a 48 horas.
- La restauración provisional no debe ser excesivamente convexa hacia vestibular, para evitar la refracción de los tejidos blandos, pero en sentido lateral debe dar sostén a los tejidos blandos y

- ejercer poca presión sobre estos para evitar el colapso.
- Para evitar una sobrecarga masticatoria durante la osteointegración se recomienda el consumo de dieta blanca.⁷

Las ventajas ofrecidas por ésta técnica remarcan la disminución de la reabsorción ósea alveolar, con mejores resultados funcionales, estéticos y disminución de la inflamación postoperatoria por el uso de materiales biocompatibles, de igual forma la retracción gingival es menor y se acorta el tiempo de tratamiento del paciente portador del cuadro. De igual manera la reposición inmediata de la estética y funcionalidad del arco anterior, permite una mejor relación oclusal en tiempos más breves.⁴

Los inconvenientes que se reportan en este tipo de conductas se relaciona al uso de injertos óseos paralelos, infecciones subsecuentes, mucositis periimplantaria, y la posibilidad de la exposición de la membrana que puede poner en peligro la permanencia del implante.⁴

El éxito de un implante inmediato depende de distintos factores tales como el:⁷

1. Factor quirúrgico; relacionado con la cantidad y calidad del hueso que proporcionará estabilidad al implante, además de conseguir una técnica quirúrgica lo menos traumática posible, conforme al uso correcto de fresas, a favor de no entorpecer el preparado cortical, sabiendo que este tejido se llega a necrosar a una temperatura de 47°C.⁷
2. Factores tisulares; referidos a la cicatrización, remodelación y calidad ósea, en los que se tiene que evitar micro-movimientos durante la cicatrización, ya que

podrían entorpecer la osteointegración deseada.⁷

3. Factores implantológicos; como los diseños y la dimensión del implante a utilizar. Siendo el implante de superficie rugosa, el que tiene mayor osteointegración, y mayor capacidad de mantener el coágulo.⁷
4. Factores oclusales; relacionados a la fuerza oclusal y al diseño del implante, el cual tiene que tener la capacidad de soportar cargas en el área de su competencia además de poder establecer una oclusión armónica.⁷

FARMACOS UTILIZADOS ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA CIRUGIA

Se deben tomar en cuenta las normas farmacológicas que se vayan a aplicar en los pacientes sometidos a implantes, para lo cual se recomienda realizar tratamiento profiláctico antibiótico para evitar infecciones posteriores a la cirugía. Para ello se sugiere la administración de una dosis de 2 g de amoxicilina, una hora antes de la intervención, reservando la clindamicina 600mg o azitromicina 500 mg para los pacientes alérgicos a la penicilina.

De igual manera se recomienda el uso de enjuagues con una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 0.2 % por el lapso de 1 min antes de aplicar anestesia local. Para reducir la contaminación y la periimplantitis es recomendable el uso de amoxicilina 500 mg más metronidazol 250 mg cada 8 horas durante 7 días.⁸

El manejo del dolor postoperatorio, así como de la inflamación debe realizarse con AINES como el ibuprofeno, paracetamol o dipirona en dosis convencionales, evitando el uso de analgésicos o antiinflamatorios más

potentes que puedan encubrir cuadros severos.

BIBLIOGRAFIA

1. Flores Ruiz R. Infante Cossío P., Llamas Carreras J.M., Martínez de Fuentes R. Magallanes Abad N., Gutiérrez Pérez J.L. Inserción de un implante simultáneo a la extracción de un canino superior incluido. *Av. Periodon Implantol* 2007;19(2):85-89 URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v19n2/original2.pdf> Fecha de acceso 14 de marzo del 2013
2. Beltrán Vargas V. J., Flores Bengoechea P., García Alarcón N., Cantín M., Fuentes Fernández R. Abordaje quirúrgico de un canino maxilar impactado en posición vestibular para tracción ortodóncica: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Int.J. Odontoestomato* 2011; 5(3):220-226 URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2011000300003&script=sci_artt_ext Fecha de acceso 14 de marzo del 2013
3. Donado R.M., Donado A., Guisado B., Ortega R., Sanz J.V. Anatomía implantológica, bases morfológicas y su aplicación clínica en implantología dental. 1ra Edición. Editorial Ars Medica Barcelona (España). 2003; 126, 136, 154.
4. Peñarocha M., Uribe R., Balaguer J. Implantes inmediatos a la exodoncia. Situación actual. *Med oral patol. Oral cir.bucal* 2004;9(3) URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-44472004000300009&script=sci_artt_ext Fecha de acceso 14 de marzo del 2013.
5. Bezerra B.F.J, Lenharo A. terapia clínica avanzada en implantología. 1^{ra} Edición. Editorial Artes Médicas Latinoamérica Sao Paulo. Brasil. 2005; 253, 266, 274
6. Fornes O. E. Velasco O. E. Ortega G. F. Avances en periodoncia, implantología oral. 2007: 19(1) URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v19s1/original2.pdf> Fecha de acceso 13 de marzo del 2013.
7. Gaudy J. F, Cannas B., Gorce L. T., Hadoiou A., Charrier J. Atlas de anatomía implantológica. 1^{ra} Edición. Editorial Elsevier Doyma Barcelona España 2008; 85
8. Blanco G. Implante de carga inmediata; Antecedentes visión actual y perspectivas futuras; revisión de la literatura. 2010:49(3) URL disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=113> 09 de marzo de 2013. Fecha de acceso 14 de marzo del 2013