



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO CIRUJANO DENTISTA**

**CON EL TEMA
CANINOS INCLUIDOS SUPERIORES**

SU PLAN DE TRATAMIENTOS

**NOMBRE DE LA SUSTENTANTE:
MARIA ELENA MARIN VARGAS**

**ASESOR DE TESIS:
DR. JAIME MANCERA MOLINA
CIRUJANO-MAXILOFACIAL**

MORELIA, MICHOACÁN,

AGOSTO DEL 2005.

9.2



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO CIRUJANO DENTISTA**

**CON EL TEMA
CANINOS INCLUIDOS SUPERIORES**

**Y
SU PLAN DE TRATAMIENTOS**

**NOMBRE DE LA SUSTENTANTE:
MARIA ELENA MARIN VARGAS**

**ASESOR DE TESIS:
DR. JAIME MANCERA MOLINA
CIRUJANO-MAXILOFACIAL**

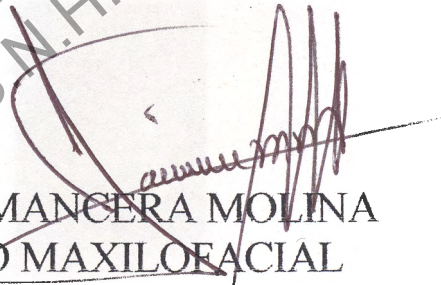
MORELIA, MICHOACÁN,

AGOSTO DEL 2005.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

DR. ENRIQUE MENA OLALDE
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.



DR. JAIME MANCERA MOLINA
CIRUJANO MAXILOFACIAL
ASESOR DE TESIS

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

DECLARACION DEL AUTOR

El siguiente trabajo es realizado con la finalidad de dar a conocer a todos mis compañeros odontólogos la importancia que tiene los caninos incluidos, sus consecuencias y los tratamientos que existen en la actualidad; de esta manera nosotros podremos orientar a nuestros pacientes dándoles un diagnóstico oportuno y canalizarlo con los especialistas indicados para dar un tratamiento adecuado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco:

A Dios por haber permitido venir a este mundo, por darme salud y fuerza para seguir adelante.

A mis Padres Miguel y Josefina por haberme dado la vida, por cuidar cada uno de mis pasos sin dejar que cayera, por estar a mi lado siempre que los necesito.

A todos mis Hermanos por el apoyo que me han brindado para salir adelante.

A mi asesor de tesis el Dr. Jaime Mancera Molina por haberme dedicado el tiempo necesario para la elaboración de éste proyecto.

A todas aquellas personas que en su momento me dieron su apoyo incondicionalmente.

DEDICATORIA

Esta tesis esta dedicada a mis padres y a mis hermanos, por que solo la superación de mis ideales, me han permitido comprender cada día la difícil tarea de ser padres, mis conceptos, mis valores morales y mi superación se lo debo a ellos, esta será la mejor de las herencias, lo reconozco y se los agradeceré eternamente, por todo esto y por el tiempo que les robe pensando en mi solo me queda decir:

GRACIAS

INTRODUCCION

El ser humano cuenta con dos tipos de denticiones, la primera llamada **dentición primaria** o dientes de leche; consta de 20 piezas dentarias (8 incisivos, 4 caninos y 8 molares); la segunda llamada **dentición secundaria o dentición permanente** consta de 32 piezas dentarias (8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares); todas en conjunto juegan un papel importante dentro de la masticación.

Cada uno con diferentes funciones:

Incisivos: Cortan los alimentos
Caninos: Desgarran los alimentos
Premolares: Trituran los alimentos
Molares: Muelen los alimentos

El desarrollo de los órganos dentarios se da en cinco fases:

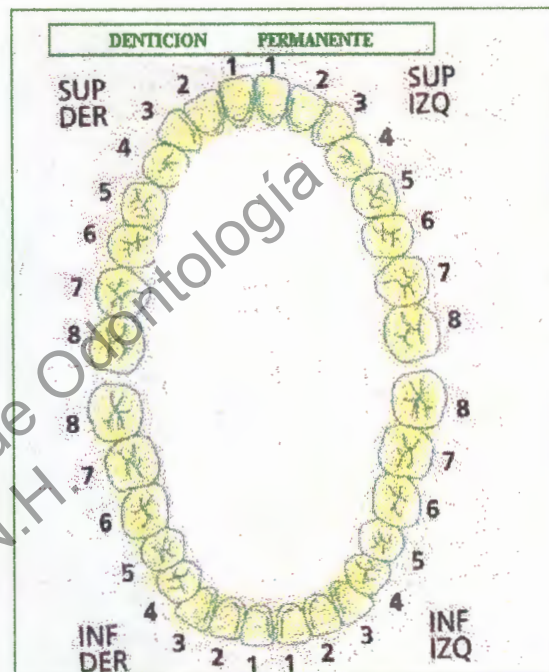
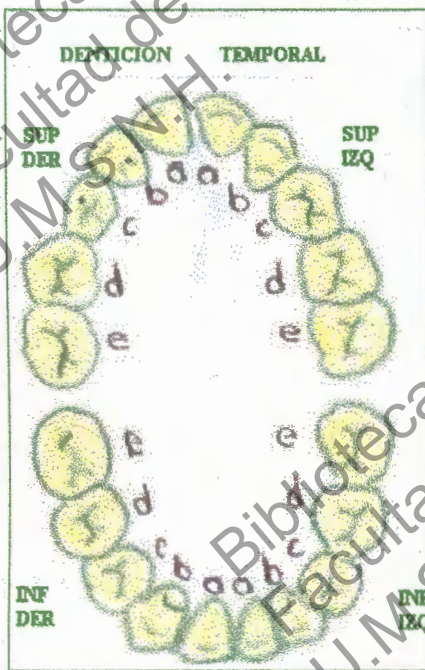
La primera: Se constituye por la lámina dental
La segunda: Fase de casquete del órgano dentario.
La tercera: Fase de campana
La cuarta: Fase transitoria de diferenciación o cordón del esmalte
La quinta: Fase de desarrollo del germen de la corona.

Estas fases con el paso del tiempo permiten a las piezas dentarias desarrollarse y adquirir diferentes formas y por tal motivo diferentes funciones. La erupción clínica de la dentición primaria tiene un margen de variación que va de los 4 a los 13 meses.

Los dientes incluidos provocan diversas complicaciones tales como el desarrollo de quistes foliculares y migración de los dientes; además de la erosión de la raíz de los dientes adyacentes. (4, I Pág., 172).

La erupción del canino superior se da de la siguiente manera:

- I.- Principio de la formación de la dentina y esmalte se da a los 4 a 5 meses
 - II.- Calcificación completa del esmalte es de los 6 a 7 años
 - II.- Principio de erupción es de los 11 a los 12 años
- Formación completa de la raíz es de los 13 a los 15 años.



Los caninos primarios se anquilosan ocasionalmente y no se exfolian a tiempo para permitir la erupción de los dientes que les siguen (permanentes).

En algunos casos, hay ausencia congénita del diente definitivo, lo que puede ser un factor en el anquilosamiento del diente primario y su incapacidad de exfoliarse. Pero, en todo caso, el diente anquilosado constituye un posible problema, por que, a medida que la mandíbula se desarrolla, crece sobre el diente primario y da la impresión de que el diente se va hundiendo, como se ve en los

adultos, que el diente nunca ha erupcionado del todo, por estar impactado, estos dientes retenidos o impactados crean obstáculos y pueden cariarse e infectarse. Los dientes permanentes adyacentes a un diente retenido pueden dirigirse uno hacia el otro, sobre el diente primario anquilosado y así hacer imposible su extracción simple.

El término **impactación** implica que el diente no puede surgir porque esta bloqueado por otro diente o por hueso; el cual le impide su erupción normal.

Independientemente de la terminología, cualquier diente que no haya logrado adoptar una posición funcional normal en el arco alveolar y que no haya hecho erupción o solo en parte y que no tenga ninguna función de utilidad, debe de extraerse para evitar futuras complicaciones.

Dada la revisión bibliográfica que existe en la actualidad y de un gran sin número de factores etiológicos que provocan éste tipo de problemas (2, I, II, 468). Los dientes incluidos provocan diversas complicaciones tales como el desarrollo de quistes foliculares y migración de los dientes; además de la reabsorción de las raíces de los dientes normales adyacentes. (4, I Pág.172).

La retención de los caninos incluidos superiores, de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo se presentan de dos maneras:

1. **Retención intraósea:** Cuando la pieza dentaria esta completamente cubierta por hueso.
2. **Retención subgingival:** Cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero esta cubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo:

- **Con él numero de dientes retenidos**, simple o doble

- **Con la posición que estos dientes presentan en el maxilar,**
Situados en el lado palatino o
Situados en el lado vestibular.
- **Con la presencia o ausencia de dientes en la arcada,**
- en maxilares dentados
- en maxilares sin dientes.

De acuerdo con estos tres puntos se puede hacer una clasificación que corresponde a todos los casos de estas retenciones.

CLASIFICACIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

CLASE I

Caninos retenidos localizados en el paladar.

- Horizontal
- Vertical
- Semivertical

CLASE II

Caninos retenidos localizados en la superficie vestibular del maxilar superior.

- Horizontal
- Vertical
- Semivertical

CLASE III

Caninos retenidos localizados a la vez en palatino y vestibular

CLASE IV

Caninos retenidos localizados en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

CLASE V

Caninos retenidos localizados en un maxilar superior desdentado. (4, Pág. 178, 4)

Los caninos superiores se han considerado como uno de los dientes más difíciles de extraer mediante la técnica simple de fórceps, esto hace que el hueso alveolar sea muy delgado sobre la porción media sobre la superficie labial de la raíz del canino, pero proporciona considerable soporte óseo en los ángulos labiales medial y distal del diente. Esto aunado a la gran longitud de la raíz, proporciona al canino un enorme soporte dentro del hueso alveolar. Este diente puede moverse en dirección longitudinal. (III, Pág., 83,5). La exposición debe brindar una vía suficientemente y amplia para que la corona del diente pase libremente a través del hueso.

Si el diente está muy profundo la posibilidad de que sea cubierto por tejido blando durante la curación es muy grande; esto se debe prevenir provocando un paquete quirúrgico o un relleno periodontal, que debe mantenerse durante un periodo de tres a cuatro semanas.

ÍNDICE

I.-	CONTRAPORTADA	1
II.-	APROBACION DEL TEMA	
III.-	DECLARACION DEL AUTOR	2
IV.-	AGRADECIMIENTO	3
V.-	DEDICATORIA	4
VI.-	INTRODUCCIÓN	5
VII.-	INDICE	10
VIII.-	JUSTIFICACIÓN	11
IX.-	MATERIALES Y METODOS	12
IX.- I.	ETIOLOGIA	12
IX. II	DIAGNOSTICO	21
IX. III	TRATAMIENTO	32
X.-	COMPLICACIONES DE LOS CANINOS INCLUIDOS	54
XI.-	RESULTADOS Y DISCUSION	58
XII.-	BIBLIOGRAFÍA	59
XIII.-	ANEXOS	61

JUSTIFICACIÓN

Existe un gran índice de caninos incluidos dentro de nuestra población, que en muchas ocasiones pasamos desapercibido, por la falta de capacitación profesional que tenemos algunos odontólogos y por la falta de un diagnóstico oportuno así como de conocer las complicaciones y no informar a nuestros pacientes sobre este tipo de padecimiento. Los caninos incluidos se detectan por medio de la inspección, palpación y estudios radiológicos que se le realizan al paciente. Cuando se sospecha de piezas retenidas es recomendable darle a conocer los tratamientos; tanto quirúrgicos como ortodónticos que existen, para así evitar muchas de las complicaciones que se ocasionan por no tratar este padecimiento; por lo tanto, dependerá del paciente si decide llevar a cabo el tratamiento sugerido.

Nosotros como odontólogos en la práctica general, tenemos la obligación de informar a todos los pacientes de éste tipo de anomalías y referirlos a especialistas capacitados en el área de la cirugía bucal que en este caso son a los Cirujanos Maxilofaciales.

De tal forma que se pueda realizar el procedimiento adecuado y así evitar complicaciones.

ETIOLOGIA

De acuerdo a la distribución y frecuencia de inclusión, la mayoría de los autores opinan que los caninos incluidos superiores ocupa el segundo lugar, y de acuerdo con Berten-Cieszynski, con mayor frecuencia también que los caninos inferiores, teniendo mayor predilección en mujeres que en hombres.

TEORIA ORTODONTICA

Debido a que el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes son en dirección anterior, cualquier interferencia con tal desarrollo causará la inclusión de los dientes. El hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo, como infecciones agudas, fiebres, traumas severos y maloclusiones, así como la infección local de la membrana periodontal pueden aumentar la densidad ósea. La respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas, y por lo tanto los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio. En ocasiones, la pérdida prematura de los dientes deciduos puede provocar la falta de desarrollo del maxilar y mala posición de los dientes permanentes, o ambos, lo que da como resultado una inclusión.

TEORIA FILÓGENICA

La naturaleza trata de eliminar aquello que no se emplea y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes, ha eliminado casi la necesidad humana por maxilares grandes y fuerte. Como resultado de esa función alterada, el tamaño del maxilar y de la mandíbula ha disminuido. En muchos casos, el tercer molar ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado y puede

considerarse como un órgano vestigial sin motivo ni función. Además suele faltar por motivos congénitos.

TEORÍA MENDELIANA

Es posible que la herencia tal como la transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes del otro, pueda ser un factor etiológico importante en las inclusiones. Las irregularidades en algunos animales pueden producirse artificialmente por manipulaciones genéticas. Por desgracia, las inclusiones no se apegan a un patrón establecido. Son de diversas formas y tamaños y pueden ser afectados de uno a veintiún dientes. También varían considerablemente en el grado en que la inclusión; algunos presentan erupción parcial, mientras que otros se encuentran por completo encerrados dentro del hueso. La literatura contiene muchos casos en que los dientes incluidos permanecen en estado inactivo dentro de los maxilares hasta después de la pérdida de los dientes adyacentes y repentinamente comienza a hacer erupción provocando inflamación y dolor.

FACTORES ETIOLÓGICOS SEGÚN DEWEL

- 1.- Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar a la erupción de los caninos mal ubicados hacia lingual.
- 2.- La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar está sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve gruesa, densa y resistente. Está adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún otro tejido blando de la cavidad bucal.
- 3.- La erupción de los dientes depende hasta cierto punto de un aumento asociado al desarrollo apical. Esta ayuda a la erupción de los caninos está disminuida por que su raíz se halla normalmente

mas formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente permanente.

4.- Cuanto mas grande es la distancia que un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayor son las posibilidades de que se desvíe su curso normal y se produzca la retención consiguiente. El canino debe de recorrer la distancia mayor de todos los dientes para llegar a la completa oclusión. Es igualmente cierto que cuanto menor es la distancia que un diente debe de recorrer, tanto menor son las posibilidades de retención. Los primeros molares permanentes son los que recorren la distancia más corta y los que rara vez son retenidos.

5.- Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanentes esta colocada por lingual del largo del ápice de la raíz del canino primario. Cualquier cambio en la posición o condición de éste último, causado por caries o pérdida prematura de los molares primarios, se refleja a lo largo de su altura completa, hasta el extremo de la raíz, pudiendo causar fácilmente una desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino permanente.

6.- reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.

7.- Los caninos son los últimos dientes en erupcionar, por lo cual están expuestos a las influencias ambientales desfavorables.

8.- Los caninos erupcionan entre los dientes que ya están en oclusión y entran en competencia, por el espacio, con los segundos molares, generalmente también en erupción.

9.- El canino esta procedido por un canino primario, cuyo diámetro mesiodistal es mucho menor que el permanente.

Por consecuencia de estos factores, el canino es el tercero en frecuencia de los dientes retenidos.

ROHNER demostró que los caninos superiores son veinte veces mas frecuentes que los inferiores.

La retención por palatino es tres veces mas frecuente que por vestibular, y con mas frecuencia sucede en mujeres a causa de que los huesos del cráneo y los maxilares son, termino medio, mas

pequeños que en el hombre. El canino inferior, en contraste con el superior presenta menos retenciones, y cuando se presenta lo hace, generalmente, por vestibular, y muy rara vez por palatino.

MATERIALES Y METODOS

Existen un sin fin de factores que propician la inclusión de los caninos superiores principalmente.

Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar a la erupción de los caninos mal ubicados hacia lingual. La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar esta sujeta a presiones durante la masticación por lo que se vuelve gruesa, densa y resistente; la erupción de los dientes depende de un aumento asociado al desarrollo apical, esto en cierta forma es un poco imposible ya que la raíz del canino se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente.

Mientras mas larga es la distancia que un diente debe de recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, mayor es la posibilidad de que esta pieza se desvíe y que se produzca la retención del mismo. El canino es uno de los dientes que debe de recorrer mayor distancia que las otras piezas para llegar a la completa oclusión.

Durante el desarrollo la corona de los caninos permanentes esta colocada por lingual del largo ápice de la raíz del canino primario; cualquier cambio en la posición o condición de ésta pieza, por ejemplo caries o pérdida prematura de los molares primarios, se refleja a lo largo de su altura completa, hasta el extremo de la raíz, causando así una desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino permanente.

Otro factor importante es la reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios. Los caninos son los últimos dientes en erupcionar, erupcionan entre dientes que ya están en erupción y entran en competencia por el espacio entre los segundos molares que

erupcionan casi al mismo tiempo, cabe mencionar también que el canino esta precedido por un canino primario, cuyo diámetro mesiodistal es mucho menor que el permanente, por lo que también cuanta con menos espacio.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS RETENIDOS

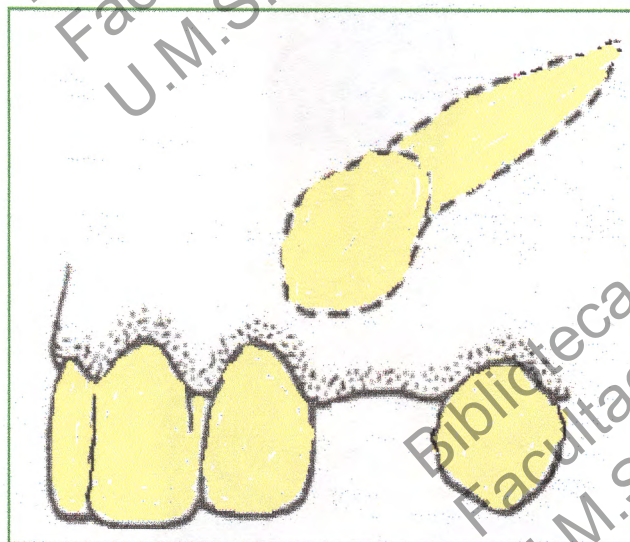
Los caninos incluidos son clasificados de acuerdo a:

- El numero de dientes retenidos
- La posición de los caninos que representan en el maxilar
- Con la presencia o ausencia de dientes en la arcada

Tomando estos tres puntos importantes Guillermo A Ries Centeno los clasifica de la siguiente manera: (2)

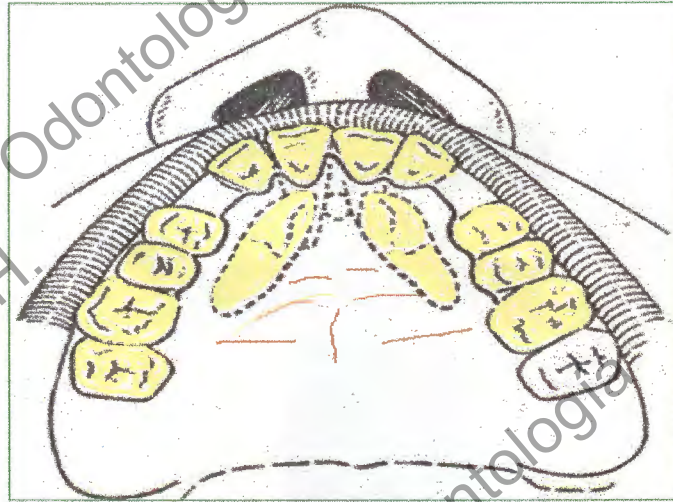
CLASE I

En maxilar dentado, el diente se ubica por vestibular, la retención es unilateral, puede presentarse cerca o lejos de la arcada dentaria.



CLASE II

En maxilar dentado, el diente se ubica por palatino, aquí la retención puede ser bilateral.



CLASE III

En maxilar dentado, los dientes se localizan por vestibular y la retención es bilateral.



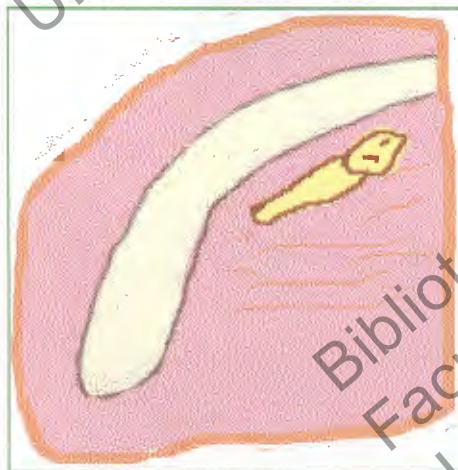
CLASE IV

En maxilar dentado, los caninos se encuentran por palatino, con la corona o raíz hacia vestibular.



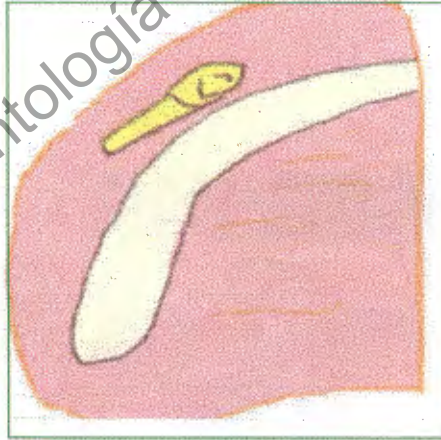
CLASE V

En maxilar desdentado, los dientes se encuentran por palatino, pudiendo ser unilateral o bilateral.



CLASE VI

En maxilar desdentado, los dientes se encuentran por vestibular, la retención puede ser unilateral o bilateral



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RETENCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS SON:

1.- Involución de los maxilares.

El maxilar es uno de los huesos más propensos a alteraciones ambientales. Además ha sufrido una involución filogénica con disminución de su volumen total; es decir de una hipoplasia, lo que ocasiona disminución del espacio a los otros órganos dentarios.

2.- Posición anatómica próxima a la soldadura de los procesos embriológicos vecinos, la premaxila y el proceso maxilar lateral.

3.- Trayecto de erupción largo y complejo.

4.- Anomalía de la “gubernaculum dentis” que no corresponde con el vértice cuspidé.

Este tipo de anomalía se da principalmente por el crecimiento

anteroposterior del seno maxilar y el posteroanterior de la premaxila.

5.- Patologías tumorales.

6.- Traumatismos.

7.- Alteraciones de los incisivos laterales.

8.- Herencia multifactorial pilogénica.

LOCALIZACIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS

Es importante que la posición de un canino retenido sea cuidadosamente determinada antes de la operación. Esto se decide mejor mediante un estudio radiográfico completo, una buena inspección, verificación de la relación vestibulo palatina.

Existen otros puntos que deben también estudiarse:

- Puede haber un punto bien evidente sobre el paladar.
- Por palpación, el bulto puede sentirse sobre el lado vestibular del maxilar.
- En las retenciones vestibulares, en las cuales la corona del canino esta en contacto con el tercio apical de la raíz del incisivo lateral, desviara la porción apical de la raíz del lateral hacia lingual y la corona hacia vestibular. En las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral, también la corona del lateral es movilizada hacia vestibular. El movimiento de la corona del incisivo lateral puede usarse como guía solamente, controlando con cuidado todos los demás indicios de diagnostico.
- Los caninos superiores retenidos se encuentran con mayor frecuencia en las siguientes posiciones:

- En el paladar, con la corona localizada por lingual del incisivo lateral y la raíz extendida hacia atrás, paralela a las raíces del premolar.
- Con la corona hacia lingual del incisivo central y la raíz extendida hacia atrás, paralela a las raíces de los premolares, extendiéndose hacia la superficie vestibular
- Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie vestibular del maxilar superior.
- Con la corona del diente retenido sobre la cara vestibular y la raíz extendida hacia lingual de las raíces del premolar.
- Con todo el diente colocado sobre la superficie vestibular
- En bocas desdentadas
- Retención bilateral sobre el paladar o sobre vestibular del maxilar superior.

Algunos dientes retenidos pueden ser llevados a su sitio por procedimientos ortodónticos. Tal tratamiento corresponde a la ortodoncia y ortodoncia quirúrgica. Veremos primero el tratamiento quirúrgico de los dientes retenidos; es decir su extracción.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente en un problema mecánico; es la búsqueda por medios mecánicos e instrumentales, del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción por seccionamiento.

Tal método constituye la denominada extracción quirúrgica de los dientes retenidos.

Considerando a los caninos, terceros molares y otros dientes retenidos; pero en este caso solo consideraremos a los caninos retenidos superiores.

DIAGNOSTICO CLINICO

Los coninos incluidos son aquellos que no erupcionan y permanecen dentro del maxilar mas allá de su erupción normal a pesar de tener su raiz completamente formada.

La inclusión del canino es en la actualidad dentro de las inclusiones dentarias la segunda en frecuencia, dentro de las inclusiones dentarias, la segunda en frecuencia después del tercer molar.

Es una de las situaciones que no se puede descuidar debido a la gran importancia estética como funcional que este diente presenta.

Aunque el término es controvertido, utilizamos la definición de diente incluido, para cualquier diente que presente una alteración en su posición, situación o atraso en su erupción, de forma que no le será posible ocupar su lugar en los arcos dentarios, llamados también dientes ectópicos.

Se denominan dientes HETEROTOPICOS a aquellos que debido a la migración de su germen, están retenidos en lugares poco habituales como pueden ser: el seno maxilar, fosas nasales, ángulo mandibular, cóndilo o apófisis coronoides.

La etiología es similar a la de otras inclusiones dentarias y radica principalmente en factores embriológico, destacando la localización alta del germen y su rotación, factores mecánicos como pueden ser la endognatia o dismorfosis maxilar (por ejemplo; respiradores bucales), los maxilares poco desarrollados por la evolución filogenético, las desarmonias dentomaxilares o la exodoncia prematura de los dientes temporales.

Dentro de los factores mecánicos podemos considerar también las patologías como supernumerarios, los odóntomas y quistes foliculares que provocan un obstáculo para la evolución del canino.

Las enfermedades sistémicas como la diastosis cleidocraneana, la polidisplasia ectodérmica hereditaria de la enfermedad de Tourraine, la osteoporosis o alteraciones metabólicas como el raquitismo.

La retención del canino puede causar diversas patologías, generalmente en forma de accidentes clínicos; accidentes infecciosos causados por una inclusión parcial y comunicación con gérmenes patológicos de la cavidad oral, propagación de una infección vecina, quistes foliuculados y mas raramente abscesos subperiosticos palatinos, celulitis geniana circunscrita o una tromboflebitis de la vena facial.

Accidentes mecánicos como: rizolisis de dientes adyacentes protéticos que causan con una intensidad protética dolorosa, accidentes neurológicos como diversas neuralgias faciales secundarias y accidentes tumorales como quistes foliculares o ameloblastomas.

El diagnóstico del canino incluido en el maxilar superior, para ver la posición, relación con los dientes vecinos y su clasificación. Se obtiene apartir de una observación clínica y el diagnóstico radiográfico.

La exploración clínica consiste principalmente en:

INSPECCION

PALPACION.

INSPECCIÓN

Los signos que se obtienen mediante la inspección son llamados “indirectos”, ya que no son suficientes para determinar la retención dentaria; aquí encontraremos ausencia del diente en la arcada, puede permanecer el canino temporal en la arcada en el caso de los jóvenes, en el caso de haber ausencia del canino, podríamos hablar de una agenecia que es muy rara o de una inclusión del canino permanente.

Encontramos también persistencia del espacio que debería de ocupar el canino, desplazamiento de los dientes vecinos principalmente el

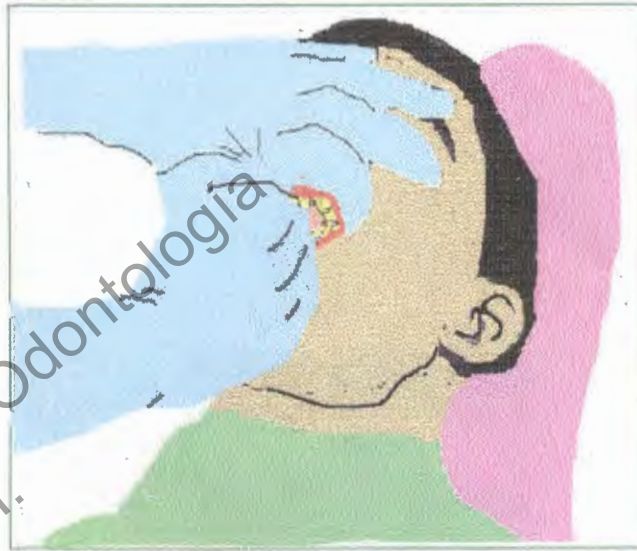
desplazamiento distal del incisivo lateral con rotación del mismo sobre su eje y la versión vestibular. Relieves en la mucosa en la región canina ya sea por vestibular o por palatino-lingual ya que nos indica la corona o la raíz del canino, puede aparecer la formación de un quiste folicular. La existencia de una fístula con salida o no de liquido purulento normalmente a nivel palatino, en ocasiones hay edema del paladar. Encontramos cambios de coloración en los dientes vecinos ocasionados principalmente por necrosis pulpar debido a la lesión apical de éstos por la corona del canino.(2,1, PAG, 476-477,I).



PALPACION

Se palpa cuidadosamente en la región de los caninos en la porción mas anterior del paladar, esto nos guiará si existe algún relieve, o abultamiento en esta zona de la mucosa, posteriormente palpamos la región vestibular, en esta zona quizá podamos encontrar un relieve que nos daría un diagnóstico confuso por que podría tratarse de la raíz desplazada del incisivo lateral o del primer premolar.

La palpación en este caso no es muy útil, puesto que nos induciría a errores, y por lo tanto un mal diagnóstico.



DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

El examen radiográfico de los caninos retenidos es muy importante ya que éstos nos darán un diagnóstico congruente de la posición, ubicación y distancia o relación que tiene con los diente vecinos. El examen radiográfico debe realizarse mediante ciertas normas para que nos sean de utilidad.

El diagnóstico radiográfico debe realizarse en los tres planos del espacio y con técnicas y angulaciones diferentes, para visualizar la cúspide y el ápice y conocer las relaciones que existe con las piezas vecinas.

La radiografía nos indicará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

No sin antes tomar en cuenta la posición, ubicación del canino.

Dentro de las radiografías mas utilizadas tenemos:

Las intraorales:

Periapical:

- Interproximal o bite-wine
- Interproximal bicuspeada
- Interproximal de molares

Oclusales:

- Región anterior del maxilar superior
- Panorámica u ortopantomográfica
- Lateral de cráneo

De los cuales las mas utilizadas son las radiografias intraorales siguiendo la técnica de Ewan-clark-poders o Ley del efecto bucal, mediante la que determinaremos la posición vestibular o palatina del canino retenido.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL

Esta radiografía nos indicará la forma y tamaño de la corona y de la raíz. Según PARANT, los caninos incluidos con el ápice en contacto o en el interior del seno maxilar suelen tener muchas curvaturas apicales en forma de gancho (I, 1, Pág., 482).

Nos indicará también:

La distancia entre el diente incluido y el proceso alveolar y de las raíces de los otros dientes, además la distancia entre el canino incluido y las fosas nasales o el seno maxilar.

La dirección del canino ya sea vertical, oblicua, u horizontal.

Existencia de patologías asociada de los dientes vecinos.

Estructura y densidad del hueso alveolar adyacente.

Quiste folicular asociado.

Presencia de anquilosis

Presencia de reabsorción del canino o de los dientes vecinos.

Dientes supernumerarios

Tumores.



RADIOGRAFIA OCLUSAL

Esta proyección permite situar el canino incluido en la posición palato-vestibular.

Los tres tipos de proyecciones son:

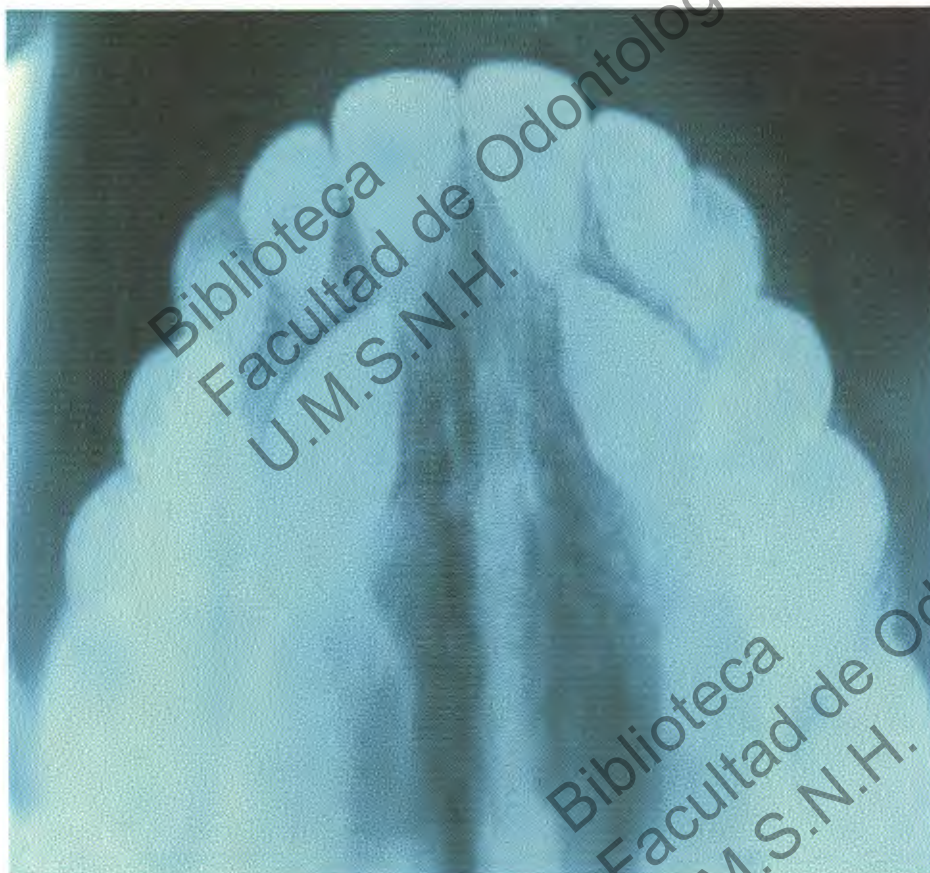
Proyección oclusal anterior (difuso)

Proyección oclusal vertex

Permite situar al canino respecto a la arcada dentaria

Proyección oclusal verdadera

Es útil para confirmar la presencia de patologías pericoronarias, especialmente quistes foliculares.



RADIOGRAFIA PANORAMICA U ORTOPANTOMOGRAFIA.

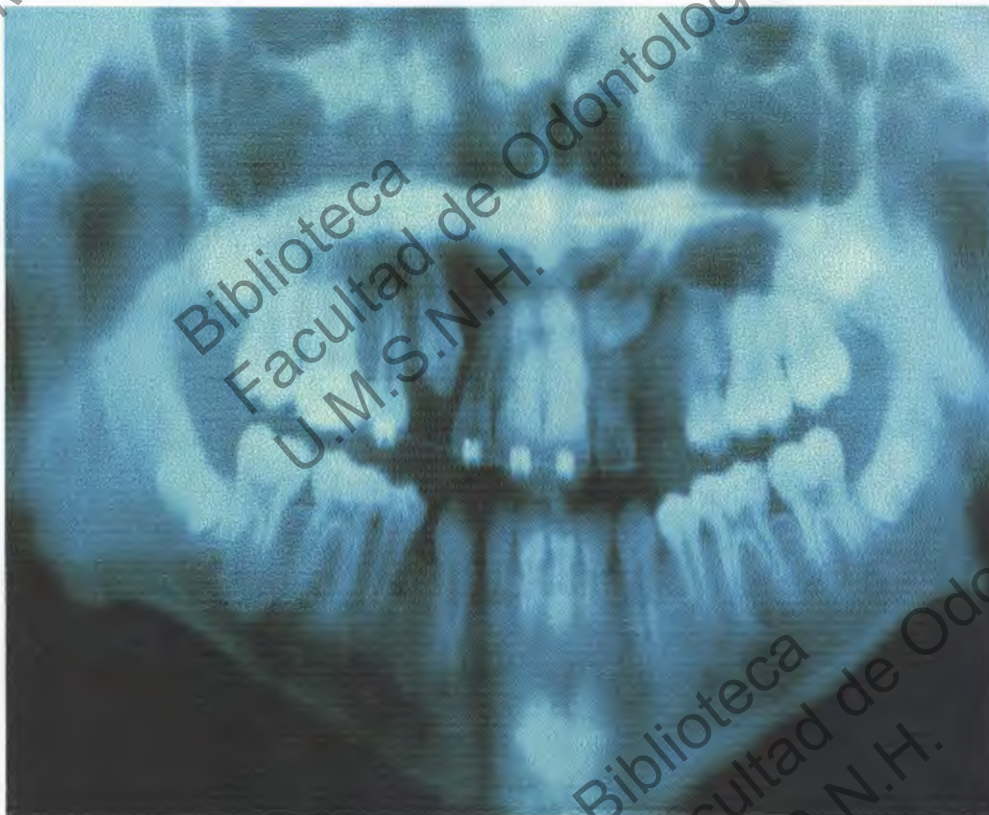
Esta radiografía es muy útil para obtener la información general acerca de las estructuras óseas y dentarias, en ella podemos obtener los siguientes datos:

La presencia de la inclusión

Relación de diente incluido con el seno maxilar, fosas nasales y dientes adyacentes

Presencia de patología asociada (quistes, tumores, sinusitis, etc.)

Desplazamiento y lesiones de dientes vecinos.



LATERAL DE CRANEO

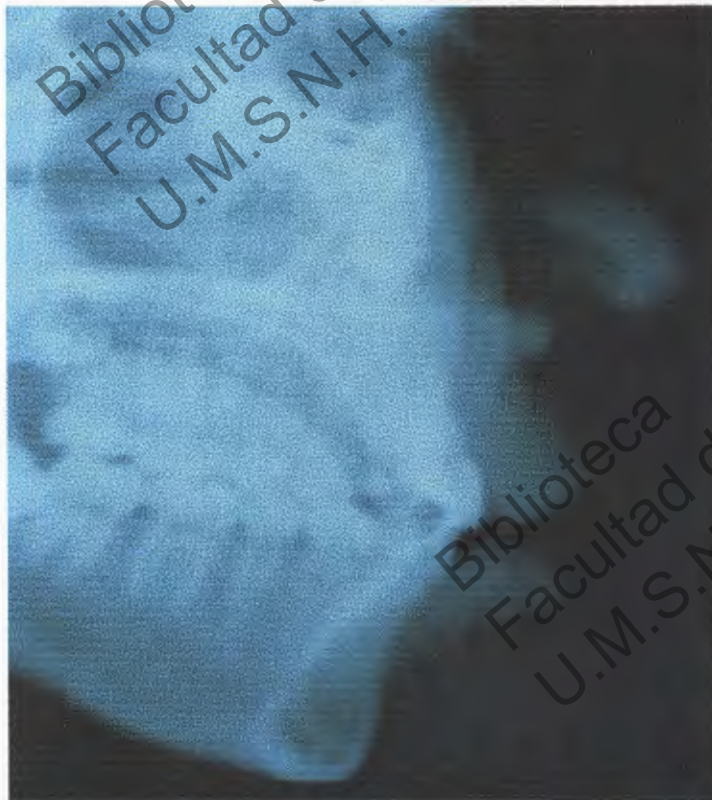
Siguiendo el estudio de GRANOLLERS Y COLS partir de las mediciones cefalométricas podremos determinar la correcta posición del canino incluido.

Esta radiografía nos permite estudiar la relación del plano oclusal del diente incluido, estudiando la posición del diente en relación al plano oclusal.

Plano de reubicación, sirve para valorar los movimientos del diente y al lugar donde se debe de situar.

La valoración del plano sagital mesiodental es necesario para la colocación del diente incluido en la arcada indicando si hay espacio o no para la pieza visualizando también el ángulo formado por el eje dentario del incisivo central como referencia y el eje del diente incluido, valorándole grado de inclinación del diente incluido.

Las relaciones de vecindad del canino con otras estructuras como el seno maxilar. (I, 1, 2, Pág. 479-480).



TECNICA DOBLE

Esta regla se basa principalmente en la llamada: REGLA DE CLARK o LEY DEL OBJETO BUCAL (Ley de ENNIS y BERRY, 1959).

Esta regla consiste en que para ubicar dos dientes en su relación vestibulo-palatina, sobreponiendo ambos en la misma línea, el diente vestibular, con el rayo central del aparato radiográfico, en la misma línea y normal a la película; dará como resultado la superposición de las imágenes de los dientes. Si se desplaza la dirección de los rayos de derecha a izquierda, de mesial a distal, la imagen de los dientes superpuestos, se modifican en el mismo sentido, por lo tanto el diente que sigue en el sentido en que se ha desplazado el cono, es el que se encuentra más próximo a la película y mas alejado; es decir que el diente que se movilige en el sentido que se ha desplazado el rayo, será palatino; el que escape en sentido contrario será vestibular.



TRATAMIENTO

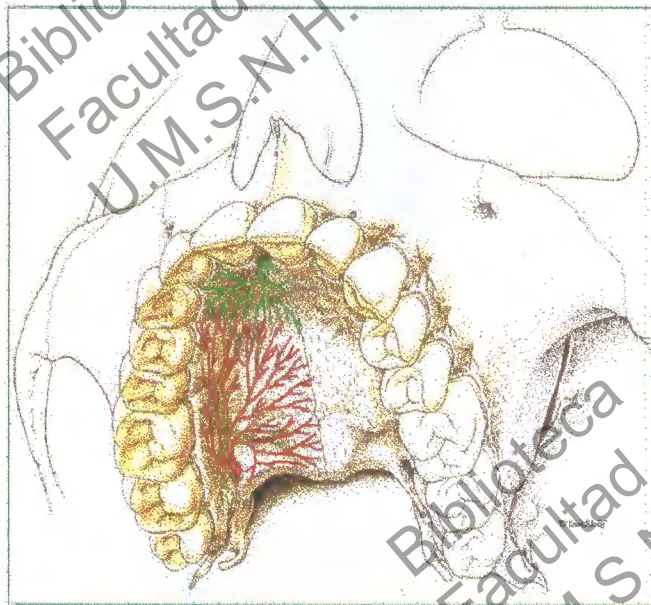
La decisión de realizar la intervención bajo anestesia general, o local con sedación o simplemente anestesia local, dependerá del odontólogo.

La técnica de anestesia locorregional

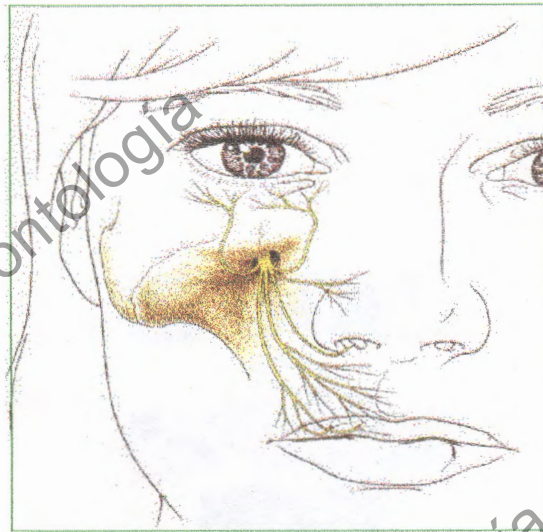
Esta técnica de anestesia se va a realizar con la finalidad de bloquear los siguientes nervios.

- Nervio nasopalatino
- Nervio palatino anterior
- Nervio Infraorbitario.
- Nervio alveolar superior medio

NERVIO NASOPALATINO Y PALATINO ANTERIOR



NERVIO INFRAORBITARIO



FACTORES QUE DETERMINAN LA EXTRACCION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

En razón de la proximidad de la corona o raíz de los caninos retenidos a los dientes adyacentes (centrales, laterales y premolares), hay mucho peligro de lesionarlos y afectar también las estructuras vitales en el área de la intervención. La porción radicular esta separada del seno maxilar y la cavidad nasal por una delgada pared de hueso, y en algunos casos, solo por epitelio ciliado que lo reviste. Por esta razón existe mayor posibilidad de desplazar la raíz del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción al seccionar un canino. Debe tenerse siempre presente durante la intervención, ya que es un factor que nos ayuda a evitar complicaciones

Existe un plan operatorio:

- Estudio cuidadoso de las radiografías para determinar la posición y relaciones con los otros dientes y el seno maxilar.
- Clasificación de la retención.
- Determinación del tipo de colgajo.

- Decidir, si el seccionamiento del diente facilitará su extracción y al mismo tiempo la conservación del hueso.

En razón de la proximidad de la corona o raíz de los caninos retenidos a los dientes adyacentes (centrales, laterales y premolares), hay mucho peligro de lesionarlos y afectar también las estructuras vitales en el área de la intervención. Un gran porcentaje de estas retenciones la porción radicular esta separada del seno maxilar y la cavidad nasal por una delgada pared de hueso, y en algunos casos, solo por epitelio ciliado que lo reviste.

Por esta razón, la posibilidad de desplazar la raíz del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción seccionada de un canino, debe tenerse siempre presente. Ya que con frecuencia se ha producido abertura de varios tamaños en el seno maxilar, por lo que la asepsia deberá de ser extrema, pues de otro modo podría sobrevenir una infección aguda del seno maxilar.

Cuando el colgajo mucoso se coloca en su lugar y se sutura manteniéndolo en contacto con el hueso palatino, por varias horas por medio de apósitos de gasa, la cicatrización tiene lugar sin complicaciones; la mayoría de las veces las raíces de los caninos retenidos tienen una pronunciada curvatura en el tercio apical, en la mayoría de los casos en el ángulo recto, la corona esta sobre el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares, o aun sobre la superficie vestibular del maxilar superior, lo que impide la erupción del canino y por lo tanto su extracción.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE I

Con anestesia local, el paciente en decúbito supino y boca entre abierta. Se practica una incisión festoneada, amplia en el surco alveolar que permita un acceso cómodo a la corona del diente incluido. Con disector y periostomo de Ward se eleva un colgajo mucoperióstico amplio. Con el separador se retrae el colgajo. A continuación con el motor quirúrgico se localiza la corona (que en ocasiones se transparenta a través de una cortical externa adelgazada). Se expone totalmente la corona hasta descubrir su ecuador y se moviliza con suavidad. Si es necesario se produce la odontosección del canino, en general por apical del ecuador del diente. Se elimina el tejido blando remanente, se irriga la cavidad y se sutura la técnica habitual.

1. - Con un bisturí BARD-PARKER No.12 se seccionan los tejidos linguales alrededor de los cuellos de los dientes, desde lingual del incisivo central superior y hasta distal del segundo premolar.
2. - Con una hoja no. 15 BARD-PARKER, y a partir de la cresta de la papila interdental, en lingual, entre los dos incisivos centrales, se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar, en una extensión de 4cm. esta incisión atraviesa el conducto nasopalatino (incisivo), y se produce algo de hemorragia, se empaqueta una tira de grasa yodo formada con el conducto. Se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de un periostomo, hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta, ahora podremos ver una prominencia en el hueso o en la corona del canino.
- 3.- Con un taladro de punta de lanza o una fresa para hueso, se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia de 3mm uno de otro, alrededor de la corona del diente retenido, con cuidado de no lastimar las raíces de los dientes vecinos.
4. - Por medio de una fresa o escoplo y martillo se unen estos orificios y se saca este trozo de hueso, que cubre la corona. Se

aumenta el tamaño de la abertura por medio de fresas, hasta que se vea completamente la corona.

5. – La excepción a esta regla será el caso en el cual una porción de la corona del diente retenido esta en contacto con las raíces de los incisivos centrales, laterales o premolares. Si se exponen las raíces de éstos dientes, se lesionarán. En estos casos se aumenta la abertura sobre el lado opuesto a la corona por medio de fresas para hueso, o se corta la corona separándola de la raíz.

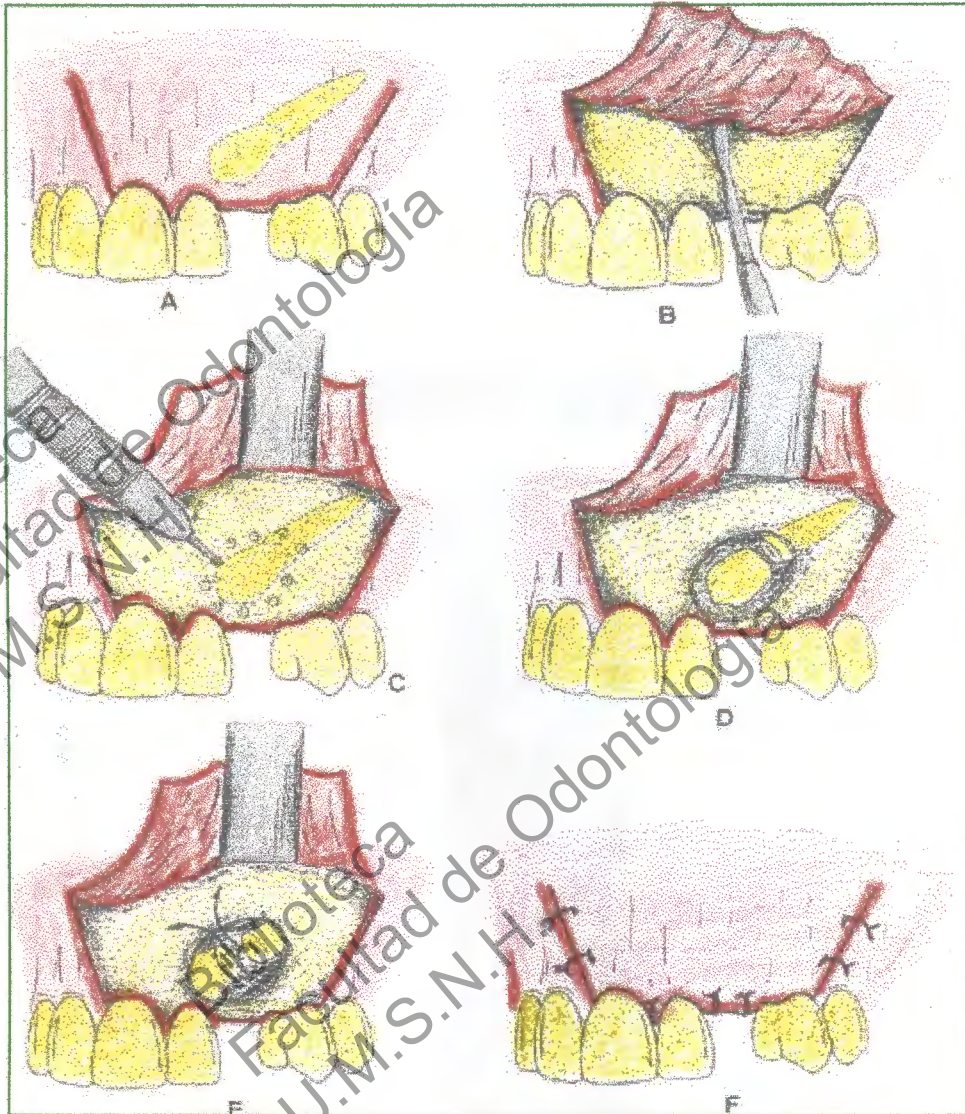
6. – Después de que se ha expuesto la corona del canino retenido por palatino, se coloca el elevador por apical, sobre cada lado de la corona, y con doble movimiento de elevación se trata de elevar el diente de su lecho. Hay que extremar los cuidados para no dañar los dientes vecinos.

7. – Si no se tiene éxito en este primer intento, se agranda la abertura y se repite el procedimiento por medio de los dos elevadores de la misma manera.

8. – Si todavía no se ha extraído el canino, úsese una pinza para extracciones no. 226, con movimiento rotatorio. El uso de esta pinza es muy ventajoso cuando la raíz del diente retenido termina en un gancho. Si se emplean elevadores, probablemente se producirá una fractura en este tipo de raíz.

9. – Límpiense todos los restos, sáquense las astillas de hueso y suavice los bordes del alvéolo. Remuévase el fólculo dentaria, si está presente vuélvase el colgajo a su sitio y retuérsele.

10. – colóquese un apósito de gasa sobre el paladar, al nivel de la superficie oclusal. Corte un baja lenguas de un largo que corresponda a la distancia entre la superficie vestibular de los premolares superiores derecho e izquierdo, y redondee el extremo cortado. Colóquese esto sobre el apósito palatino, e instrúyase al paciente para morderlo. Si el paciente esta dormido, se pasan suturas de seda por los puntos de contacto de los premolares de ambos lados del arco, se tienden sobre el apósito palatino y se anudan. Mantengase este apósito en su sitio durante cuatro horas. (I, 2).



OTRA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE I

Esta técnica está indicada cuando la punta del canino está en contacto con las raíces de los incisivos centrales y laterales.

1.- Después de que la corona del diente se ha expuesto parcialmente, seccionase con una fresa de fisura dentada grande. Esta pérdida de

sustancia dentaria permite correr la corona hacia atrás, sin molestar los dientes bajo los cuales está apoyada.

2.- Hágase otro orificio en la raíz del diente con una fresa. Inserte la punta de un elevador apical en este orificio, muevase la raíz hacia delante, con el hueso palatino como punto de apoyo, y extraígase.

3.- Límpiase el alveolo, suturese el colgajo y colóquese el apósito de gasa como se describió previamente.

TECNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE II

Canino retenido por vestibular, se nota una relación con la cavidad nasal, seno maxilar y las raíces de los dientes superiores, el canino primario aún se encuentra en su lugar.

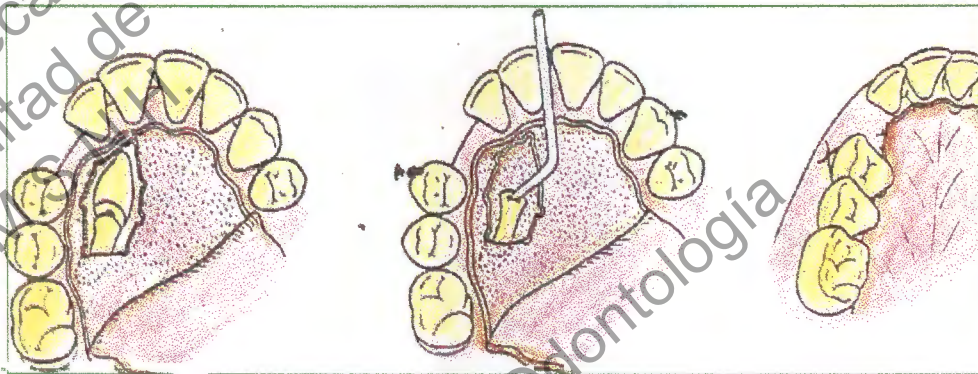
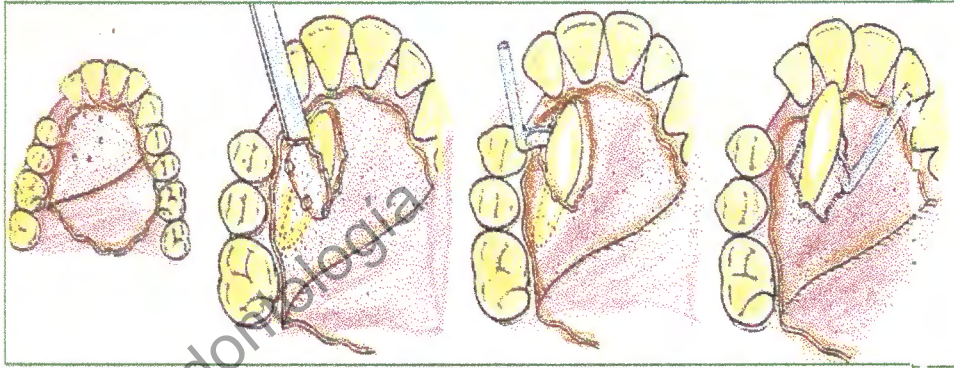
1.- Con una fresa de fisura y una de FELDMAN expóngase la corona.

2.- Con la cortical como punto de apoyo, colóquese los elevadores apicales MILLER no. 73 y no. 74 debajo de la corona, y eleve el diente de su alveolo.

3.- Si el hueso que cubre la raíz es grueso y denso, permite liberar el diente, y por la técnica anterior se corta a continuación la mitad de la corona, con la fresa de fisura dentada, se separa la corona de la raíz y se elimina la corona.

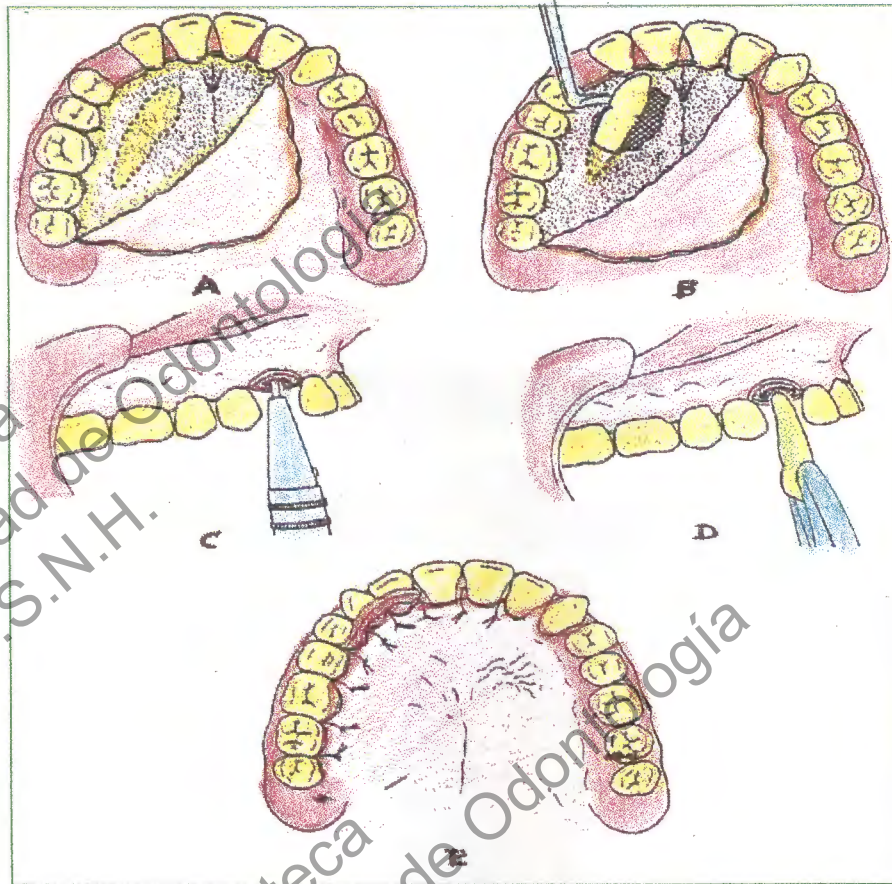
4.- Con un escoplo, expóngase varios milímetros más de la superficie de la raíz.

5.- Realice una perforación en la raíz; colóquese la punta del elevador no. 11 D en ella y con punto de apoyo en la cortical, mueva la raíz hacia el espacio creado por la extirpación de la corona



OTRA TÉCNICA SEGUN GUILLERMO RASPALL

Se practica la intervención con la cabeza del paciente en hiperextensión y la boca en apertura máxima. Se infiltra la fibromucosa palatina para facilitar su elevación. Se practica una incisión que sigue el surco gingival y que alcanza por lo común el segundo premolar. Con la legra de Howarth, se levanta el colgajo fibromucoso, preservando el paquete vasculonervioso nasopalatino. Con motor quirúrgico o con martillo y escoplo se localiza la corona. Se expone totalmente la corona hasta descubrir su ecuador, y se moviliza suavemente, prestando especial atención a los ápices de los dientes vecinos, para evitar su lesión. Si el diente no puede ser luxado, es necesario practicar la odontosección del esmalto.



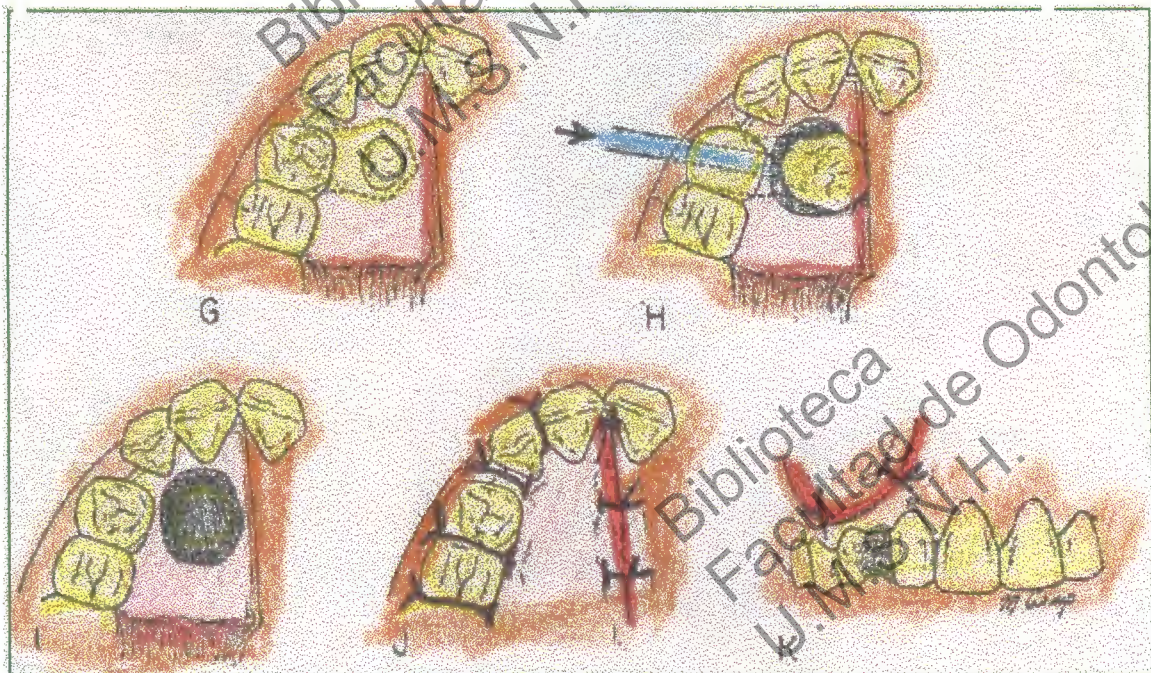
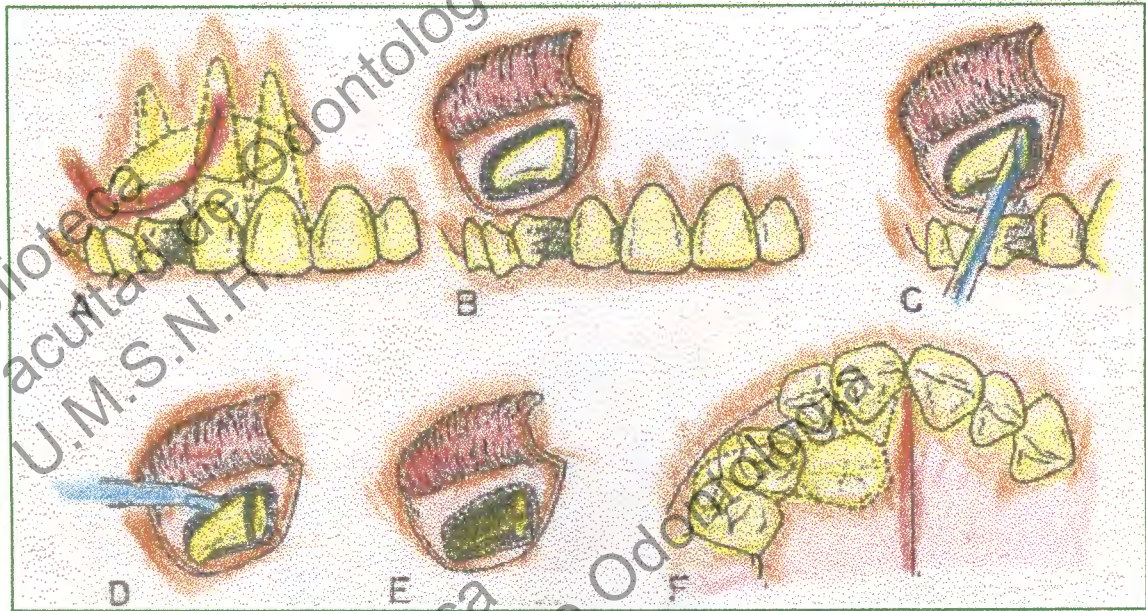
TÉCNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE III

La corona está en el paladar y la raíz sobre vestibular.

- 1.- Colgajo vestibular semicircular sobre raíz.
- 2.- Exposición radicular por eliminación de hueso, por medio de fresas y escoplo.
- 3.- La raíz es separada por medio de un escoplo afilado o fresa de fisura. Si se usa el escoplo, el golpe se dirige hacia arriba para evitar una traumatización de las raíces vecinas.
- 4.- Se eleva la raíz de su lecho.
- 5.- Se hace un colgajo palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona para exponer la periferia.

6.- Se coloca un instrumento romo en contacto con el extremo radicular de la corona, a través de la cavidad vestibular, y se golpea con un martillo, sacando la corona de su sitio.

7.- Se vuelven los colgajos en su lugar y se suturan.

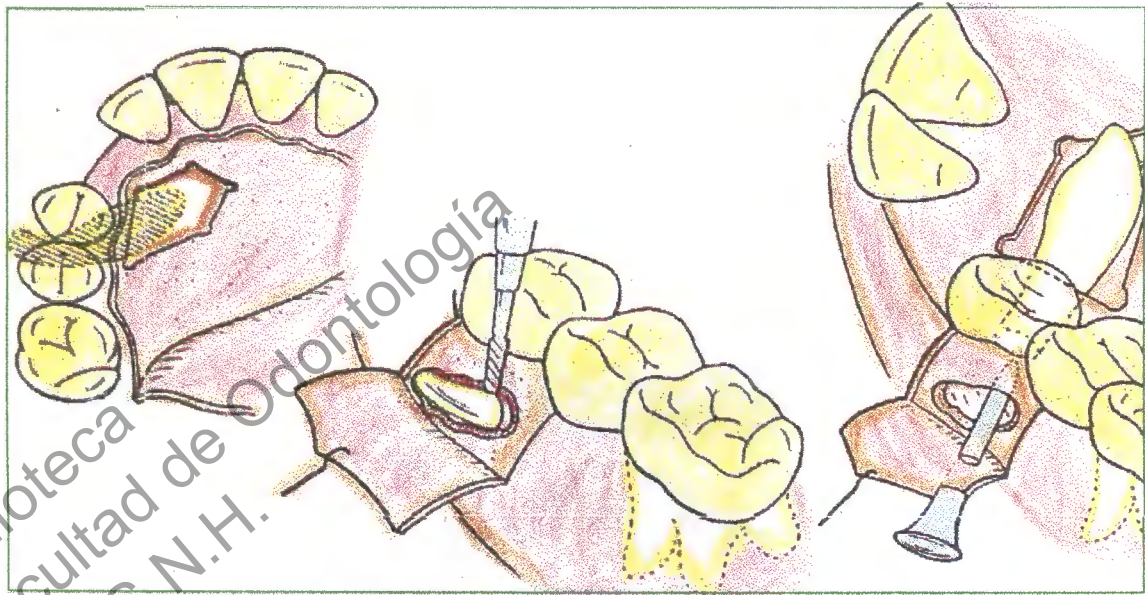


TECNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS, DONDE LA CORONA ESTA POR VESTIBULAR Y LA RAÍZ SE EXTIENDE DENTRO DEL PALADAR O VICEVERSA

- 1.- La corona está por vestibular y la raíz se extiende hacia lingual de las raíces de los premolares.
- 2.- La incisión para el colgajo, se hace alrededor de los cuellos de los dientes y a continuación hacia el surco vestibular, en ángulo de 45 grados. Levántese el colgajo con periostomo.
- 3.- Elimínese la cortical vestibular con fresas y escoplo, hágase las perforaciones como ya se ha indicado, pero teniendo cuidado de controlar la profundidad de penetración para evitar dañar los dientes vecinos y el seno maxilar.
- 4.- Trate de tomar la corona con una pinza para extracción no. 226. Se hace un movimiento de rotación hacia mesial y hacia distal, y después hacia vestibular, y el diente saldrá de su sitio.

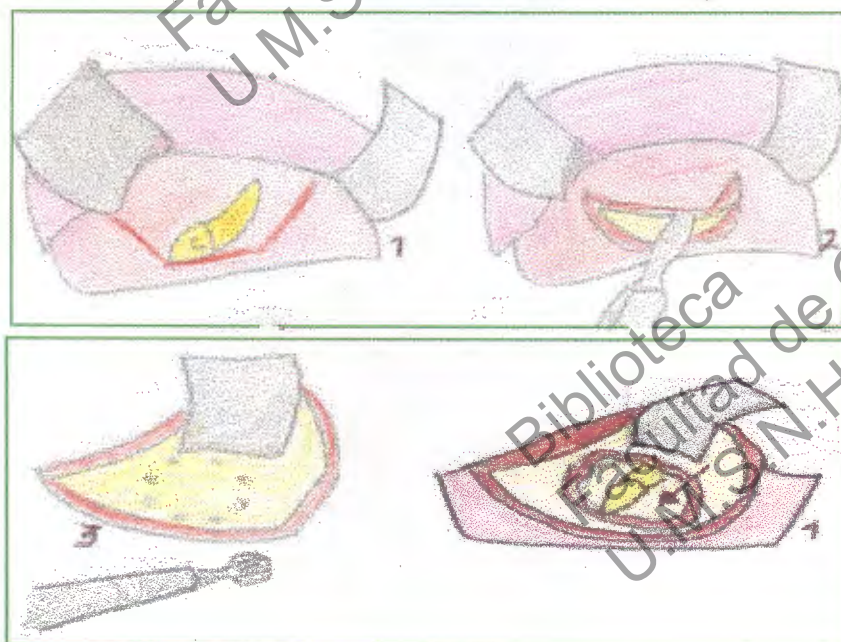
Si no se tiene éxito, corte la corona, haga un colgajo palatino, quite el hueso que recubre la raíz, y con instrumento romo empuje la raíz a través de la abertura vestibular.

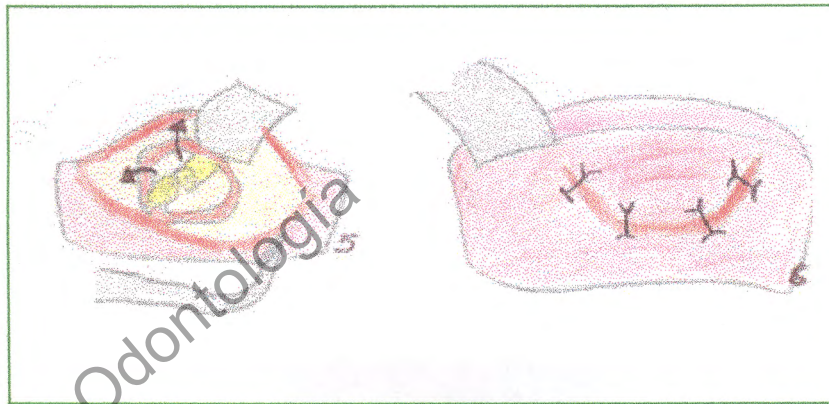
- 5.- límpiese todos los restos, eliminando todas las espículas óseas agudas y suavizando la periferia de las aberturas vestibular y palatina. Elimínese el folículo dentario, si esta presente, y sutúrese los colgajos, vueltos a su lugar, con seda negra para sutura. Empaquétese gasa en el paladar. Mantengase la gasa empaquetada en su lugar durante cuatro horas.



TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN UNA BOCA DESDENTADA.

La incisión para el canino retenido por palatino se hace a lo largo de la cresta y en el centro del paladar en una extensión de 4cm. La técnica es la misma que se ha descrito. Sin embargo no hay peligro de exponer o traumatizar las raíces de los diente adyacentes.

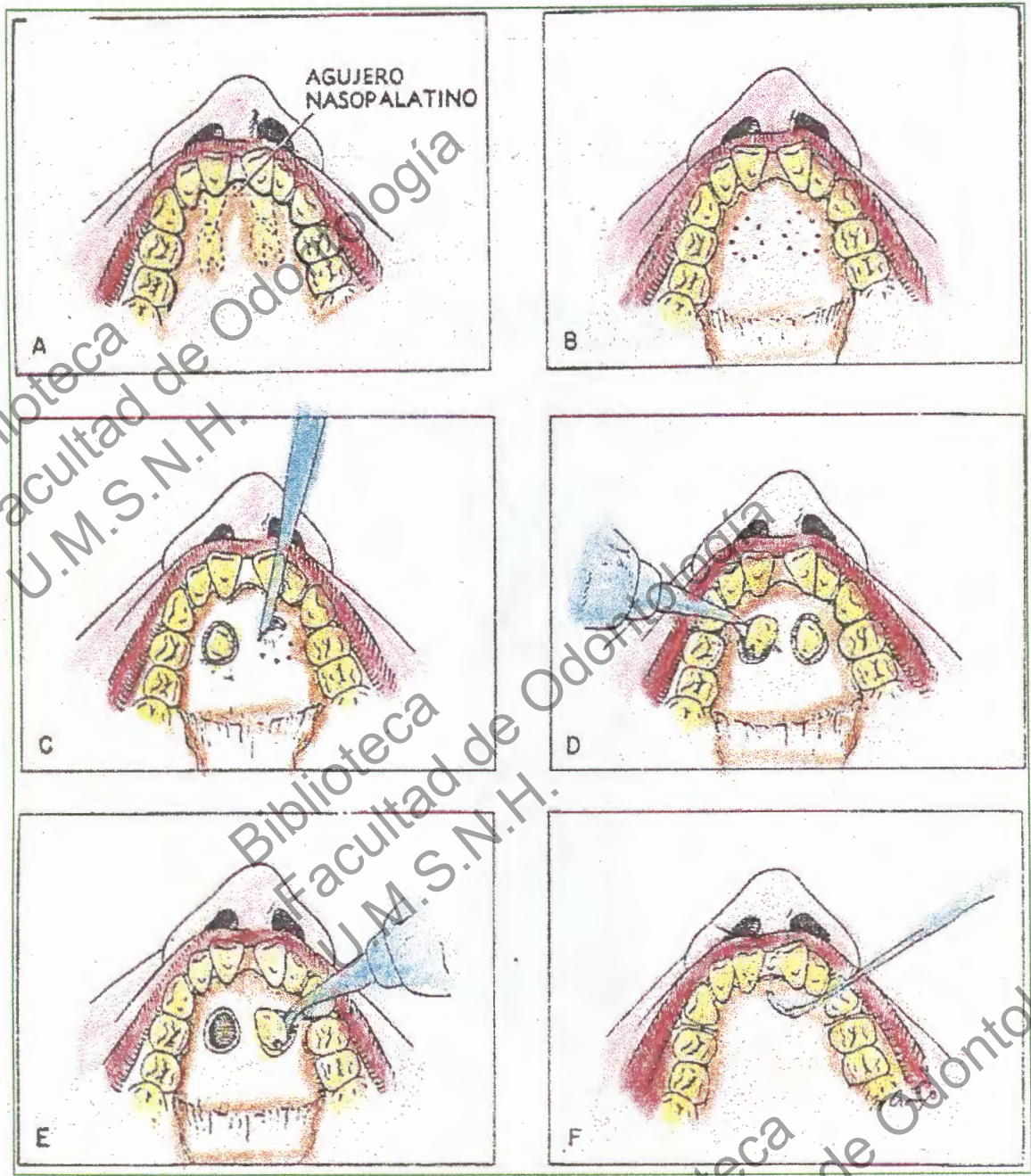




TECNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS BILATERALES RETENIDOS EN EL PALADAR.

Se hace una incisión en los espacios interdentarios palatinos, comenzando por los espacios entre los premolares de un lado y rodeando las fibras palatinas libres y los espacios interdentarios hasta la zona premolar del otro lado. El grueso colgajo mucoperiosteico es despegado del hueso con la cucharilla para hueso Molt No. 4. El contenido del agujero se divide con el bisturí en el sitio en que entra el colgajo.

Si se reseca el hueso con el escoplo, la remoción se comienza con un pequeño rectángulo por detrás del incisivo que parece más cercano al diente retenido en la radiografía (a menos que una protuberancia evidente ubique al diente). Inicialmente, el rectángulo tiene un escoplo de ancho y se agranda tan pronto como se ubique la corona. Debe de tenerse cuidado con disecar hacia delante en la región de los incisivos, y debe mantenerse un margen de de 1 o 2 mm de hueso en torno a sus alvéolos. Cuando se expone la mitad o dos tercios del diente, se hace un corte en el cuello anatómico. Si la corona esta cerca de los incisivos, de manera que su punta yace en una retención, se hace inmediatamente una segunda división a 3mm hacia el ápice de la primera. Se extrae el pequeño trozo, se hace retroceder la corona hacia el espacio así creado y se extrae la raíz con un elevador No.34 o una cucharilla para hueso Molt.



TECNICA DE LA FRESA

Se emplea un movimiento de vaivén hasta que se encuentra una porción del diente retenido. Se continúa con la osteosección creando surcos en el hueso adyacente al diente hasta que éste quede expuesto. La fresa es excelente para seccionar al diente, particularmente porque el ancho de la fresa crea espacio para maniobrar las partes.

Se eliminan las partículas óseas y los restos, se alisan los bordes de la herida ósea con una cucharilla para hueso y se cierra la herida por medio de 3 o 4 suturas a través de los espacios interdentarios, ligándolas en la cara vestibular. La presión de un trozo grande de grasa sobre el paladar durante 15 minutos ayuda a impedir la formación de un hematoma. Para soportar el col palatino contra el hueso resulta útil una férula palatina de acrílico transparente, algunos autores recurren a una incisión pasante y un drenaje de goma a través de la mucosa palatina para impedir la formación de un hematoma dependiente.

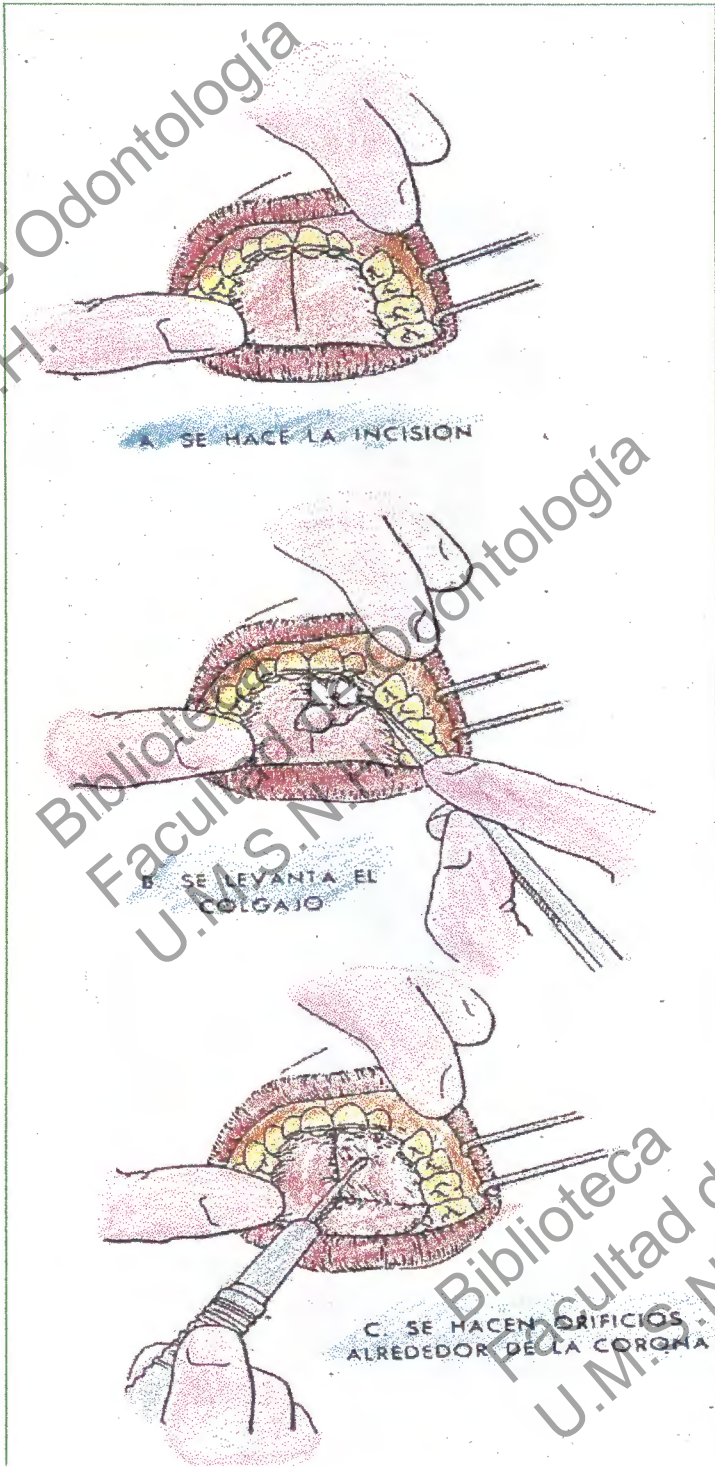
La cuestión de si debemos de extraer un canino o los demás al mismo tiempo depende de las dificultades del caso. Una retención bilateral simple en un adulto joven y sano puede ser afectada al mismo tiempo. Si se trata de retenciones difíciles, será preferible hacerlas por separado. La técnica ya se ha descrito.

El problema del tipo de colgajo se presenta en estos casos, se hace un colgajo simple bilateral cortando el empaque vasculonervioso nasopalatino (incisivo) al entrar en el colgajo.

Las relaciones de los vasos y nervios se establecerán en pocas semanas. La provisión sanguínea colateral es adecuada para mantener la vitalidad del colgajo.}

Es especialmente importante colocar y mantener un apósito palatino en estos casos, como ya se ha descrito previamente.

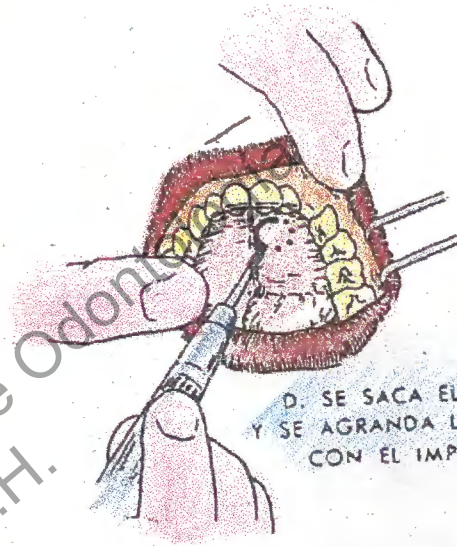
Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.



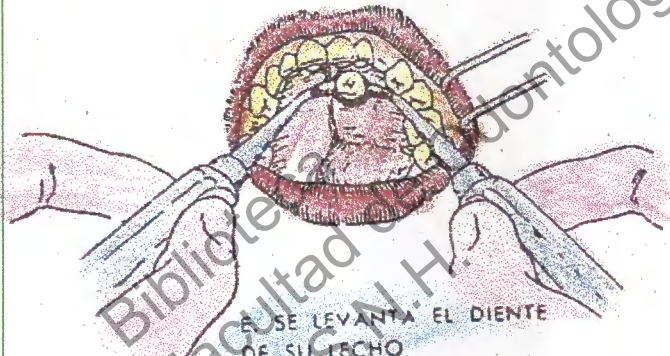
Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

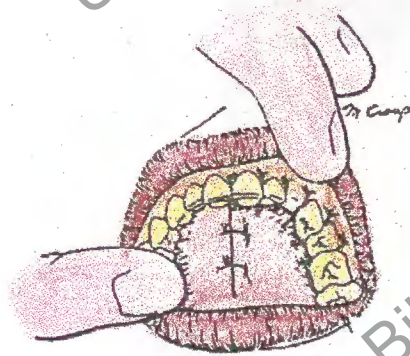
Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.



D. SE SACA EL HUESO
Y SE AGRANDA LA CAVIDAD
CON EL IMPACTOR



E. SE LEVANTA EL DIENTE
DE SU LECHO



F. SUTURA DEL COLGADO

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COMO AYUDA EN EL TRATAMIENTO ORTODONTICO

Por procedimientos quirúrgicos se puede exponer la corona de un diente retenido o no erupcionado, con la esperanza de que erupcione espontáneamente y sea llevado a su sitio por medios ortodónticos.

Mediante radiografías periapicales se localiza el diente no erupcionado; también se utiliza radiografías periapicales y la técnica radiográfica del desplazamiento de la imagen.

Premedíquese al paciente en especial si es un niño. En pacientes jóvenes en el que las condiciones locales y generales no indica la extracción quirúrgica del diente incluido, está justificada esta modalidad terapéutica; que consiste en una primera fase ortodóntica en la que aumenta el espacio correspondiente de la arcada, seguida de la exposición de la corona del diente y, por último, la tracción ortodóntica del diente hacia su posición en la arcada. (Guillermo Raspall, Cap., 1, pp. 199)

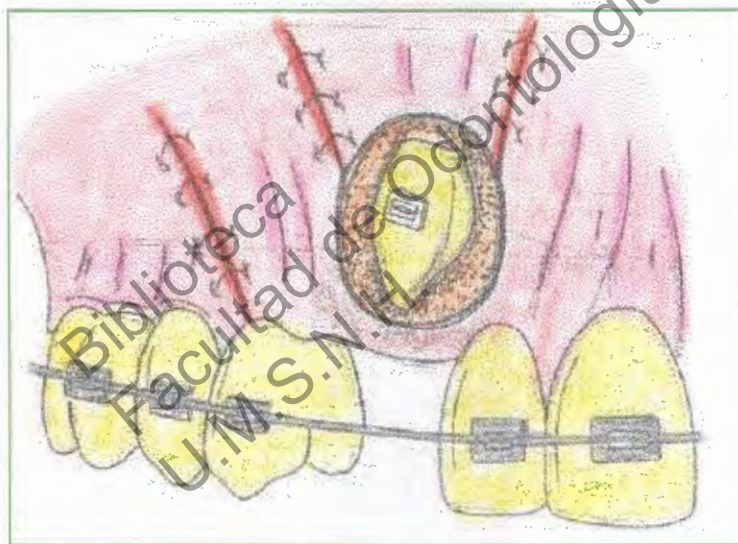
TÉCNICA QUIRÚRGICA

CANINO EN POSICIÓN VESTIBULAR

Con anestesia local, el paciente en decúbito supino y boca entre abierta. Se practica una incisión festoneada, amplia en el surco alveolar que permita un acceso cómodo a la corona del diente incluido. Con martillo y escoplo se localiza la corona, no es recomendable utilizar en éstos casos la fresa quirúrgica, ya que puede dañar el esmalte del diente, cuidadosamente se expone la corona del diente, hasta descubrir su ecuador y se moviliza con suavidad, también con martillo y escoplo se practica una osteotomía conductora, para facilitar la trayectoria del descenso del canino hasta su posición definitiva en la arcada. Se extirpa el saco folicular, se irriga cuidadosamente con suero fisiológico y se cierra la herida en

forma habitual. A continuación, con bisturí eléctrico se practica una ventana en la encía y se cubre con un apósito quirúrgico para evitar su contracción y cierre. El paciente es remitido al ortodoncista a partir del 4to día de la intervención para la colocación de la aparatología ortodóntica pertinente:

- Brackets y tracción alambtrica o elástica
- Asa de alambre
- Pin intracoronal
- Coronas de celuloide
- Bandas de acero inoxidable.



CANINO EN POSICION PALATINA

Paciente intervenido con anestesia local, cabeza en hiperextensión y boca en máxima apertura. Se infiltra la fibromucosa palatina para facilitar su elevación. Se practica una incisión que sigue el surco gingival y alcanza generalmente el segundo premolar. Con un periostomo se levanta el colgajo fibromucoso, preservando el paquete vasculonervioso nasopalatino, con martillo y escoplo de

2mm se localiza la corona, se expone totalmente la corona hasta descubrir su ecuador y se moviliza con suavidad, prestando especial atención a los ápices de los dientes vecinos para evitar su lesión.

También con martillo y escoplo se practica una osteotomía conductora, para facilitar la trayectoria del descenso del canino hasta su posición definitiva en la arcada. Se extirpa el saco folicular, se irriga cuidadosamente con suero fisiológico y se cierra la herida en forma habitual. A continuación, con bisturí eléctrico se practica una ventana en la encía y se cubre con un apósito quirúrgico para evitar su contracción y cierre. El paciente es remitido al ortodoncista a partir del 4to. día de la intervención para la colocación de la aparatología ortodóntica pertinente.

OTRO DE LOS TRATAMIENTOS ES EL TRANSPLANTE

Esto consiste en el traslado de un diente de una posición a otra de la boca.

El transplante no debe ser considerado como un sustituto a la fenestación y posterior tracción ortodóntica, sino que constituye una alternativa para los pacientes que, por motivos sociales o económicos, no desean emprender dicha terapia. Aunque originalmente se describió como una técnica de tratamiento de los caninos incluidos.

El éxito de este tratamiento depende de:

- Estado del periápice en crecimiento
- Estado del ligamento periodontal

El mejor pronóstico se asocia a un ligamento periodontal íntegro y con un ápice no formado.

TECNICA QUIRÚRGICA

Se exodoncia el canino temporal, conservando las corticales y se amplía el alveolo correspondiente al diente, de forma que acomode la raíz del diente definitivo. A continuación se elimina todo tejido blando que pueda persistir y se irriga cuidadosamente. Se expone luego el canino por vía vestibular o palatina de la forma más traumática posible. El canino se introduce en la cavidad y se posiciona ligeramente fuera de oclusión. Se mantiene en dicha posición mediante suturas, osteosíntesis alámbrica o ferulización con materiales de color dentario. El paciente entra en dieta blanda durante al menos 15 días. El diente transplantado suele tener una estabilidad total hacia las 4 semanas.

KOEK, COSTICH Y AVERY PROPONEN UN PLAN DE TRATAMIENTO PARA LOS CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS QUE CONSISTE EN TRES PASOS:

- REIMPLANTE
- TRANSPLANTE
- IMPLANTE

La reimplantación y el trasplante de dientes han sido practicados durante siglos, pero generalmente fracasaban por complicaciones en la cicatrización.

Ya en 1771, John Hunter (precursor de las reimplantaciones y trasplantes dentales) demostró que un diente humano heterotransplantado dentro de una cresta de gallo «se adhería en cualquier lado de la cresta por vasos, en forma similar a la unión de un diente con encías y alvéolos». ¹ En 1915, Widman describía la técnica de los implantes y trasplantes dentales, posteriormente en 1948 y 1951, Apfel y Millar investigaban acerca de la etiología y patogenia de la reabsorción radicular. Las numerosas investigaciones realizadas en los últimos 30 años acerca de los procesos de cicatrización de heridas en la pulpa, el periodonto y la

forma en que se relacionan con la infección, así como el avance tecnológico, tan importante en medios diagnósticos, como la microscopía óptica de alta resolución y en aparatología radiológica (RVG), tornaron predecibles la reimplantación y el trasplante dentario, convirtiéndolos en procedimientos clínicos generalmente fiables.

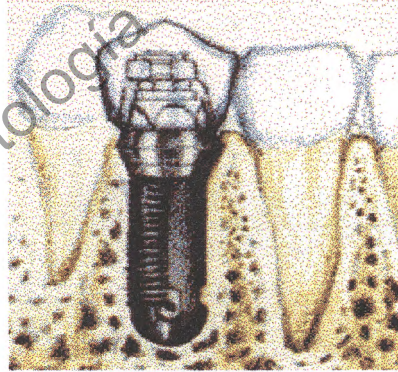
Shulman, postula que un diente trasplantado puede durar en boca tanto como un diente normal, no habiendo fenómenos de rizólisis. Entonces: ¿Por qué desechar la cantidad de dientes que se extraen sanos actualmente?

Las publicaciones a este respecto son escasas siendo el profesor Andreasen, el maestro y promotor de la idea, y basados en sus conocimientos hemos desarrollado nuestro trabajo. En el presente artículo exponemos los resultados obtenidos tras trasplantar y reubicar numerosas piezas dentales.

Reimplante dental. Colocación de un diente en su alvéolo, tras haber sufrido su avulsión reubicación dental. Movimiento de un diente en un acto quirúrgico, con el objeto de colocar en la situación idónea en la arcada, un diente o más, que previamente se encontraban mal posicionados.³

Auto trasplante dental. Extracción de un diente permanente incluido o impactado, realización de un alvéolo y recolocación del diente en su nueva posición.

IMPLANTE



COMPLICACIONES DE LOS CANINOS RETENEDOS

La ausencia del diente en la arcada con persistencia del canino deciduo, o la migración de los dientes vecinos hacia el espacio correspondiente; trae como consecuencia las siguientes complicaciones:

- I.- Problemas mecánicos
- II.- Problemas nerviosos
- III.- Problemas quísticos
- IV.- Problemas infecciosos
- V.- Celulitis odontogénica
- VI.- Absceso palatino
- VII.- Osteomielitis maxilar
- VIII.- Sinusitis maxilar

IX.- Afeción dental o periodontal de los dientes vecinos

X.- Infección focal

I.- PROBLEMAS MECÁNICOS

Dentro de los cuales tenemos las versiones y rotaciones de los dientes vecinos, con rizolisis o sin ella, en los pacientes edentulos se pueden presentar de forma de decúbito de la prótesis. (III, 3, Pág. 196)

II.- PROBLEMAS NERVIOSOS

Este tipo de padecimiento es muy importante para el paciente, dentro del cual tenemos; algias faciales localizadas o irradiadas a distancia. Dentro de este punto también podemos agregar los problemas neurovegetativos como son: alopecia y lagrimeo.

III.- PROBLEMAS QUISTICO-TUMORALES

Los más comunes son los quistes foliculares. Este tipo de quiste se forma después de que la corona del diente se ha formado por completo mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental. (II, III, 12, Pág. 264-625,).

IV.- PROBLEMAS INFECCIOSOS

La más común es la pericoronaritis y en caso de no ser tratado este padecimiento puede extenderse hacia las estructuras vecinas.

V.- CELULITIS ODONTOGENICAS

La infección con invasión del tejido celuloadiposo de relleno de la cara adoptará la forma de celulitis aguda circunscrita o difusa alta, con afección del labio superior, mejilla y región infraorbitaria homolateral, con o sin fluctuación o fistulización.

Este cuadro suele iniciarse con una pericoronaritis, que se manifiesta con una tumefacción dolorosa que avanza y da un absceso subperióstico que acaba afectando el tejido celular de distintas zonas como la región geniana o periorbitaria. Generalmente cuando la evolución es prolongada, el hueso acabará participando en el proceso con lo que aparece una osteitis maxilar. El tratamiento consistirá en antibioticoterapia, desbridamiento y ulteriormente extracción del diente incluido. (I,3, Pág., 485).

VI.- ABSCESO PALATINO

La manifestación clínica del saco pericoronario del canino incluido adoptará la forma de absceso subperióstico de localización palatina.

La inspección y palpación con el hallazgo de fluctuación nos conducirá al dx. El tratamiento consistirá en antibioticoterapia, desbridamiento y extracción del canino.

VII.- OSTEOMIELITIS MAXILAR

En el caso de una infección local a partir del canino incluido mal tratada o de mal evolución crónica, el siguiente paso puede ser la osteomielitis del maxilar superior. Esta afección se caracteriza por la presencia de dolor y manifestaciones neurológicas como anestesia del territorio correspondiente al nervio afecto (nasopalatino, infraorbitario, palatino anterior) con supuración o no, y un patrón radiológico característico con imágenes "flor" o algodonosas,

perdida de trabeculación y formación de secuestros. El tratamiento consistirá en antibioticoterapia, desbridamiento, legrado y extracción del o de los dientes afectados. (I,4, Pág., 485).

VIII. SINUSITIS MAXILAR

Es una inflamación aguda o crónica del seno maxilar; en este caso la infección del saco pericoronario y mas probablemente, de un quiste folicular originado en el saco pericoronario de un canino incluido puede dar aparición de la sinusitis maxilar. Esta situación es más común cuando el diente se encuentra próximo al suelo del seno maxilar. La clínica y el tratamiento son comunes a otras sinusitis, agudas o crónicas, de origen dentario, junto con la extracción d4l canino incluido. (II, 12, Pág.533), (I, VI, 1, Pág. 485,486).

IX.- AFECTACIÓN PULPAR O PERIODONTAL DE LOS DIENTES VECINOS

Se basa principalmente en los problemas mecánicos, que influyen dentro de éste punto lo que conduce principalmente a la destrucción ósea y dentaria de los diente vecinos, además periodontitis aguda y por consiguiente el desplazamiento de los incisivos

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La falta de cultura médica odontológica por parte de los pacientes en el desarrollo de las piezas dentarias y la falta de información respecto a cuando inicia la erupción de las piezas temporales; cuando termina, cuando inicia la erupción de las piezas permanentes y por otro lado la falta de capacitación y responsabilidad de los odontólogos, provocan una serie de complicaciones que perjudican al paciente. Todas éstas complicaciones se pueden evitar dando un buen diagnóstico clínico.

Es por esta razón que invito a todos mis compañeros odontólogos a dar un buen diagnóstico sobre éste padecimiento. Y no solo de éste padecimiento si no que de todos por que de alguna manera es nuestro trabajo y tenemos que hacerlo bien, si esta en nuestras manos ayudar a los pacientes y dar el tratamiento que necesita el paciente se sentirá contento y satisfecho. Si el tratamiento no esta en nuestras manos nuestro deber es canalizarlo con los especialistas, ellos se encargarán de dar el tratamiento adecuado al padecimiento correspondiente.

Es muy importante orientar a nuestros pacientes, darle una explicación para que no sientan ningún temor o miedo al llevar a cabo los procedimientos adecuados del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cirugía bucal
Cosme Gay Escoda
Leonardo Berini Ayteu
Ed. Ergon
pp.473- 510
- 2.- Cirugía bucal con patología clínica y terapéutica
Guillermo A. Ries. Centeno
Octava Edición
Ed. El ateneo
pp. 462-468
- 3.- Cirugía Oral
Guillermo Raspall
Ed. Panamericano
pp. 192-203
- 4.- Cirugía bucal practica
Daniel E. Waite
Ed. CECSA.
Pp.171-192
- 5.- Cirugía bucal
Costich- Wite
Ed. Interamericano
pp. 80-95
- 6.- Cirugía Bucomaxilofacial
Gustavo O. Kruger
Ed. Panamericano
pp. 94-97

7.- Cirugía bucal

K. H. Thoma

Ed. Uthea

8.- Principio y práctica de cirugía

Rasd – Allen – Moyer

Ed. Interamericano

9.- Patología Bucal

W. G. Shafer. B. MLay

Ed. Interamericana

ANEXOS

- 1.- Extracción dental
Geoffrey L. Howe
Pág. 7-14.38-42, 91-109.
- 2.- Principios y prácticas de cirugía
Rasd –Allen –Moyer
Ed. Interamericano
- 3.- Tratado de Técnicas Operatorias Generales y especiales
Tomo IV