

Título: Tratamiento ortodóncico-quirúrgico en paciente con canino retenido. Presentación de caso.

AUTORES: Ivette Alvarez Mora, Clínica Estomatológica de Especialidades de Cienfuegos, email: yslm2002@gmail.com

Clotilde Mora Pérez, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, email: clotirdecmp@infomed.sld.cu

Gretel Rivas Pérez, Clínica Estomatológica de Especialidades de Cienfuegos, email: gretelrivasp@gmail.com

Amarelys Morera Pérez, Clínica Estomatológica de Especialidades de Cienfuegos, email: amarelysmorera@gmail.com

Ileana Pérez Rodríguez, Clínica Estomatológica de Especialidades de Cienfuegos, email: ileana8655@gmail.com

Yohana Rachel Martínez Román, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, email: yrmr2021@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La retención del canino superior permanente es un problema frecuente en la práctica clínica del ortodoncista. Los caninos permanentes son piezas fundamentales en la arcada dental, se considera la piedra angular en la oclusión. **Objetivo:** Describir el tratamiento ortodóncico-quirúrgico realizado a una paciente con canino retenido. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 18 años de edad, de piel blanca, que se presenta a la consulta de Ortodoncia de la Clínica Estomatológica de Especialidades, preocupada porque “no se le había caído un diente de leche”. Al examen físico se observa persistencia de 53, en Rx se haya 13 retenido por lo que se realiza tratamiento quirúrgico para enlazarlo previo cementado de brackets en la arcada superior, una vez realizada la tracción y se observa la proximidad a la posición deseada se procede a realizar descapuchamiento, logrando su adecuada colocación en el arco. **Conclusiones:** Es indispensable conocer la localización de caninos retenidos antes de su exposición quirúrgica. Al terminar el tratamiento se obtuvieron cambios favorables al lograr traccionar el canino superior derecho. La aparatología fija completa, conjuntamente con el abordaje quirúrgico realizado para la tracción de

los caninos retenidos, asegura un sistema de control eficaz para lograr resultados que favorecen la estética y la función.

INTRODUCCIÓN

Los dientes retenidos se consideran aquellos que llegada su edad cronológica de erupción no se encuentran en su lugar en la arcada dentaria. La explicación de las incidencias de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva y gradual del tamaño de los maxilares humanos. En apoyo a esta teoría se observa ausencia congénita de terceros molares superiores e inferiores o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar. Otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones pero no tan frecuentes. (1)

En la literatura consultada se denomina dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; pueden estar íntegramente rodeados por tejido óseo (retención intraósea) o estar cubiertos por la mucosa gingival (retención gingival). (1)

Cualquier diente puede estar retenido y entre sus causas se conocen el desarrollo filogenético y el de la propia civilización, por los distintos tipos de dietas que evoluciona con la humanidad y provocan interferencias en el desarrollo de los maxilares. Estos factores influyen en el incremento de la discrepancia entre huesos y dientes, lo cual trae como consecuencia un aumento de la incidencia de dientes retenidos. (1)

La retención del canino superior permanente es un problema frecuente en la práctica clínica del ortodoncista. Los caninos superiores son uno de los últimos dientes en brotar, pudiendo existir compromiso del espacio para ellos en la arcada dentaria en el momento de la erupción. (2, 3) Según la prevalencia de los dientes retenidos encontramos al canino superior en segundo lugar, después del tercer molar inferior. (4)

Los caninos permanentes son piezas fundamentales en la arcada dental, por su característica que cumple funciones estéticas, definiendo rasgos faciales y armonía bucodental, por la posición y característica morfológica que lo caracteriza, en la oclusión es la piedra angular considerada la guía canina que coordina los movimientos de lateralidad, apertura y cierre. (5)

El origen del canino retenido es multifactorial, pudiéndose citar los factores de retención entre los cuales tenemos, problemas nasorespiratorios, discrepancia de tamaño dental y de longitud del arco, anquilosis, retención prolongada o pérdida prematura del canino decíduo, quistes, neoplasias, odontomas. Otra causa de retención canina, se da por la reabsorción de la raíz de la pieza dentaria por la obliteración del gubernaculum dentis con deficiencia en la guía eruptiva, otra causal es la agenesia del lateral, en otras situaciones puede haber la aparición de las piezas dentarias supernumerarios, odontomas o quistes, que impiden su descenso, el 40% de las inclusiones de los caninos se vinculan con la malformación, malposición o agenesia del incisivo lateral permanente. (6)

La frecuencia en que se encuentran los caninos retenidos en el maxilar es 20 veces superior que en la mandíbula. Además, en el maxilar alcanza mayor retención de caninos por palatino que por vestibular, sin embargo, en la mandíbula es todo lo contrario. (4)

De acuerdo con la OMS, se estima que las patologías y anomalías bucodentales afectan aproximadamente a 3500 millones de personas en el mundo. (7) Se habla de una incidencia de 0.9-2 % hasta un 7 % en individuos mayores de 11 años. (8)

La prevalencia a nivel mundial de la retención del canino maxilar comprende del 0.9% al 2%, pero se logran encontrar reportes con hasta un 7%, tiene predilección por el género femenino, así como por la posición palatina con respecto a la vestibular que va de 3:1, hasta 6:1 y por lo general se presenta de forma unilateral, en proporción de 5:1 y en el lado izquierdo más que en el derecho. (4) En México la prevalencia de canino retenidos es de 32.71% con una mayor prevalencia en el maxilar del 18.95%, más frecuente en mujeres con el 10.81%. Un estudio realizado en Perú encontró una prevalencia fue de 10.78% de la población y teniendo en cuenta sexo, en varones fue de 10.39% y en mujeres de 11.11%. (5) En Cuba los estudios evidencian una incidencia de la retención de caninos superiores de 17,8%. Éstos se localizan en el 60 % de los casos en el paladar, en el 30 % hacia vestibular y en el 10 % en posición intermedia. Ocurre también más comúnmente en mujeres, que en hombres. (9)

La ortodoncia puede resolver, en muchos casos, los problemas de mala posición dentaria, que pueden ser giroversión, mesio, o distoversión, pero cuando la

posición de los dientes es ectópica se requiere del tratamiento quirúrgico. Su tratamiento por lo general es quirúrgico u ortodóncico-quirúrgico. (8)

El diagnóstico y tratamiento de las piezas retenidas se hace necesario con el fin de evitar complicaciones posteriores. La tracción ortodóncica posterior a la exposición quirúrgica del diente retenido puede ser única o proponerse como la primera parte de un tratamiento más complejo de acuerdo con las necesidades de cada paciente. (8)

Debido a que la presencia de caninos retenidos no es un hecho aislado y es común ver pacientes con la presencia de esta anomalía nos hemos trazado como objetivo: Describir el tratamiento ortodóncico-quirúrgico realizado a una paciente con canino retenido.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 18 años de edad, de piel blanca, que se presenta a la consulta de Ortodoncia de la Clínica Estomatológica de Especialidades de Cienfuegos, preocupada porque "no se le había caído un diente de leche". La paciente tiene antecedentes de salud aparente, no presenta agente hereditario. Al examen físico observamos tipo facial mesoprosopo, cara ovoide, simétrica, perfil recto, cierre bilabial competente, labios normotónicos, tipo facial mesofacial, y ligera proquelia del labio inferior, ángulo nasolabial de 90°.

En la exploración clínica intraoral, en la arcada superior, la paciente presenta dentición permanente, se observa persistencia de 53, con ligeros diastemas en ambas arcadas y de forma ovoide.

Arcadas en oclusión: El resalte anterior 2 mm y posterior sin alteración. El sobrepase de 2/3 corona. Línea media dental superior e inferior coinciden con la línea media facial. Relación molar: no determinable por no estar presentes 36 y 46. Relación canina (53-43) neutroclusión y (23-33) neutroclusión.

Se confeccionó la historia clínica y se tomaron impresiones superior e inferior para obtener modelos de estudio.

Estudios radiográficos: se le indicó Rx periapical de 13, quedando comprobado que se encontraban retenido. Se aplicó técnica de Paralaje y se detectó el 13 retenido por palatino.

El análisis cefalométricos revelaron que es una paciente clase I esquelética.

Tratamiento:

Se cementan brackets superiores para alinear y nivelar la arcada, una vez confirmada la presencia de 13 retenido por palatino se decide realizar enlace del mismo y extraer 53, se expone quirúrgicamente y se cementa botón con alambre de acero quirúrgico para poder realizar la tracción del mismo (Figura 1), la cual se realiza con cadeneta elástica desde la extensión de alambre hasta el poste del tubo vestibular cementado en 16 ya que se hacía necesario inclinar hacia distal el 13 para luego vestibularizarlo. Una vez confirmado clínica y radiológicamente la proximidad del 13 a su posición en el arco se decide realizar reintervención quirúrgica para su descapuchamiento. Se hizo el descapuchamiento con bisturí láser de alta frecuencia, se reconfirmó el borde gingival y se realizó osteotomía con ostectomía orientadora para favorecer la guía de brote. Se produjo una retracción de la gingivoplastia y se expuso el hueso alveolar, lo cual llevó a una osteomielitis post-operatoria como una complicación del proceder quirúrgico (Figura 2). En base a esto se realizó una segunda operación donde se realizó ostectomía del hueso enfermo y se reintervino el borde gingival nuevamente.



Figura 1: Se observa exposición quirúrgica del paciente para cementar botón con alambre de acero quirúrgico.



Figura 2. Osteomielitis post-operatoria

Luego de la cicatrización adecuada se cementa bracket en 13 logrando la adecuada colocación de este en el arco favoreciendo la estética y la función. (Figura 3)



Figura 3: Colocación de 13 en el arco.

DISCUSIÓN

Los caninos poseen gran importancia para la salud bucal de las personas, así como en su estética facial, además de las funciones que posee en la oclusión. Dentro de las secuelas que puede traer consigo su retención se puede destacar:

- Alteraciones eruptivas que afectan la estética de la persona.
- Pérdida de contorno del maxilar.
- La reabsorción del incisivo lateral.
- Dolor generalizado a nivel mandibular.
- Desviación de la línea media.
- Trastornos a nivel del sistema nervioso.
- Mesialización del área posterior causando pérdida del espacio afectado.
- Trasmigración dentaria.
- Giroversión e inclinación del incisivo lateral de la posición afectada.
- Cuando estos no logran erupcionar normalmente pueden generar quistes y complicaciones.(10)

Por lo antes expresado se recomienda que el diagnóstico clínico de un canino retenido se de en edades temprana, se debe tomar en cuenta la historia familiar del paciente, sumado a esto la percepción, pruebas radiográficas y tomar en cuenta los signos clínicos. Entre los signos clínicos que debemos observar están

los diastemas, que se encuentran entre el incisivo lateral permanente y el primer premolar, la presencia del canino temporal, la erupción tardía del incisivo lateral, en un paciente de más de 14 años, la consistencia un edema o bulto en la sección palatina, la erupción tardía del incisivo lateral, ausencia del abombamiento en la cortical a nivel del espacio de erupción. Para realizar un buen diagnóstico, debemos realizar una valoración clínica anticipada mediante la palpación en la zona donde se palpa al canino, seguido de la evaluación radiográfica.(6)

En el examen clínico debe tener en cuenta los siguientes aspectos.

- La edad del paciente.
- La ausencia del canino permanente, en el arco superior en adolescentes.
- Prominencias anormales de las mucosas, por palatino o vestibular.
- Demora en la erupción de los caninos, en un paciente mayor de 12 años.
- Irregularidades morfológicas de corona o raíz de los incisivos laterales superiores.
- Retención prolongada de uno o varios caninos deciduos.
- Migración anormal, hacia distal, de un incisivo lateral maxilar.
- Protuberancias anormales en el paladar. (6)

Dependiendo la ubicación de la retención del canino es su pronóstico de tratamiento. (11) En el presente caso resultó favorable lo cual se respalda en la teoría de que la tracción ortodóncica que se da en los caninos retenidos por palatino tiene buen pronóstico periodontal al de los que están retenidos por bucal, ya que al estar en esta posición están recubiertos encía más gruesa y densa, por lo que no padecen de resección gingival, en cambio los caninos retenidos por bucal suelen anquilosarse eventualmente. (11)

Los tratamientos de los caninos retenidos son múltiples, por lo que se debe evaluar cada caso individualmente, en concordancia con el diagnóstico. Existen varios métodos para la exposición de caninos retenidos; de los cuales dos son los más utilizados: uno es la exposición quirúrgica seguida de una erupción natural y el otro la exposición quirúrgica con la colocación de un bracket o botón con una ligadura metálica, que fue el desarrollado en el presente caso,

basándose los autores en la evidencia bibliográfica que indica que el tratamiento ideal para los caninos retenido es quirúrgico -ortodóntico. (5,12)

Durante el tratamiento quirúrgico en el presente caso se produjo una complicación: la osteomielitis post-quirúrgica. La osteomielitis piógena constituye una de las enfermedades más devastadoras que afectan el sistema musculoesquelético y causa en ocasiones secuelas invalidantes algunas terminan en la amputación de la extremidad (13); en este caso se hizo una ostectomía del hueso enfermo y luego se continuó con el tratamiento.

Es importante tener en cuenta que la extracción quirúrgica de estos dientes (exodoncia) se realiza cuando no se pueda llevar a cabo la tracción ortodóntica, cuando en el paciente exista alguna patología asociada a la inclusión (quistes voluminosos, infección, rizólisis, necrosis pulpar) o una enfermedad sistémica grave.(14) Este caso clínico fue tratado sin exodoncia, es decir, mediante un tratamiento conservador con el abordaje quirúrgico-ortodóntico estandarizado, cuyo objetivo era guiar los caninos retenidos hacia el centro del reborde alveolar en la arcada maxilar. A pesar de la complicación post-quirúrgica, se logró finalizar el tratamiento ortodóntico con una correcta posición del canino retenido y una adecuada oclusión funcional para la paciente.

CONCLUSIONES

Es indispensable conocer la localización de caninos retenidos antes de su exposición quirúrgica. Realizando una adecuada planificación del tratamiento, teniendo en cuenta las posibilidades reales de colocar en el arco un canino retenido evitamos extracción de dientes de forma innecesaria, esto junto al empleo de aparatología fija y al abordaje quirúrgico asegura un sistema de control eficaz para lograr resultados que favorecen la satisfacción del paciente, la estética y la función.

REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS

1. Quevedo Aliaga JL, Mas Torres M, Mayedo Nuñez Y, Sierra Rojas Y. Causas locales de caninos permanentes retenidos en pacientes de la Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez de Calixto García. CCM [Internet]. 2017 [citado 8 May 2021]; 21(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812017000300002&script=sci_arttext&tlng=pt

2. Lazo Amador Y, Soto Rico A, Massón Barceló RM, Ferreiro Marín A, Ameneiros Narciandi O. Detección y tratamiento temprano de caninos superiores retenidos. Invest. Medicoquir [Internet]. 2021 [citado 8 May 2021]; 13(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/682>
3. Orozco Estrada E, Gurola Martínez B, Casasa Araujo A. Tracción de canino maxilar izquierdo impactado con botón bondeable, ligadura metálica y cadena elastomérica. Int. J. Odontostomat [Internet]. 2017 [citado 8 May 2021]; 11(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2017000100012&script=sci_arttext&tlng=p
4. Silva Díaz OM. Prevalencia de caninos retenidos en pacientes del centro odontológico UPAO, periodo 2017 – 2018[Tesis]. Trujillo – Peru: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.
5. Román Chaguay YF. Prevalencia de caninos retenidos en el consultorio Dental Mc Sthetic [Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2020.
6. Proaño Silva JC. “Diagnóstico imagenológico y tratamiento clínico de canino retenido” [Tesis]. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil; 2019.
7. Echegaray Soria GC. Factores etiológico que causan retención de caninos permanentes[Tesis]. Guayaquil, Ecuador : Universidad de Guayaquil; 2021.
8. Corrales León AL, Serrano Corrales A, Martínez Rodríguez M, Serrano Corrales A, Serrano Corrales A. Tratamiento ortodóncico-quirúrgico de caninos retenidos en paciente de 14 años. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [consulta 8 May 2021]; 22(5): 965-72. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3456>
9. Pichel I, Suárez MC, González L, Borges MA, Romero L, Berenguer JA. Retención dentaria en pacientes ortodóncicos de 8 a 18 años de edad. 16 de Abril [Internet]. 2018 [citado 8 May 2021]; 57(268):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2018/abr18268e.pdf>
10. González Eguez JM. Causas e incidencias de retención en caninos permanentes [Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2020.

11. Pérez Ramos JY. "Causas e incidencias de retención en caninos permanentes: Revisión bibliográfica"[Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018.
12. Piedra Andrade FA. "Manejo de caninos superiores retenidos con aparatología ortodóntica en pacientes jóvenes"[Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019
13. Álvarez López A, Soto Carrasco SR, García Lorenzo YC. Osteomielitis: enfoque actual. Rev. Arch Med Camagüey [Internet]. 2018 [citado 8 May 2021]; 22(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100013
14. Martínez Ramos MR, Ricardo Reyes M, Bosch Marrero L. Rehabilitación estética y funcional de una paciente con caninos retenidos.. MEDISAN [Internet]. 2021 [citado 8 may 2021]; 25(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192021000200441&script=sci_arttext&tlng=en