

# INCLUSIÓN BILATERAL CANINA SUPERIOR: DIAGNÓSTICO Y VARIABILIDAD TERAPÉUTICA

*Autor:*

*Rafael Flores Ruiz*

*Alumno del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.*

*Dr. José Luis Gutiérrez Pérez*

*Director del Equipo Docente de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Profesor Titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario*

*Virgen del Rocío*

*Dr. Daniel Torres Lagares*

*Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Becario de Docencia e Investigación de la Universidad de Sevilla*

Inclusión bilateral canina superior: diagnóstico y variabilidad terapéutica

Flores R, Gutiérrez JL, Torres D

Revista Secib On Line 2006;2:35-40

ISSN 1697-7181



## RESUMEN

Presentamos un caso de una inclusión bilateral canina superior que ha sido estudiada y valorada de forma individualizada por un equipo de profesionales de forma multidisciplinar. Se optó por la exodoncia del canino superior derecho y una cirugía de rescate de canino superior izquierdo.

## INTRODUCCIÓN

La inclusión dentaria se conoce como la presencia de un diente alojado en el interior del hueso maxilar quedando detenida su erupción. La inclusión del canino superior es la más frecuente tras los terceros molares, y generalmente es de carácter ectópico. La etiología es multifactorial, y las alternativas terapéuticas han de valorarse tras realizar un exhaustivo estudio tanto del caso como de las condiciones individuales de cada paciente.

## CASO CLÍNICO

Presentamos la secuencia e intervalos de tratamiento de una paciente que acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla remitido por su Odontólogo de Atención Primaria, por presentar inclusión bilateral de caninos superiores (Figura 1), que tras realizar las pruebas complementarias necesarias y valorando las diversas opciones terapéuticas de manera conjunta con diversos especialistas, se optó por realizar la exodoncia de canino superior derecho (13) (Figura 2) en un primer acto quirúrgico e instaurar un tratamiento ortodóncico con aparatología fija multibrackets, con el objetivo de poder realizar una cirugía de rescate del canino superior izquierdo (23). Se acometió una segunda cirugía en la que se realizó la cirugía de rescate del canino superior izquierdo para su tracción ortodóncica (Figura 3). En la actualidad la paciente sigue en tratamiento ortodóncico.

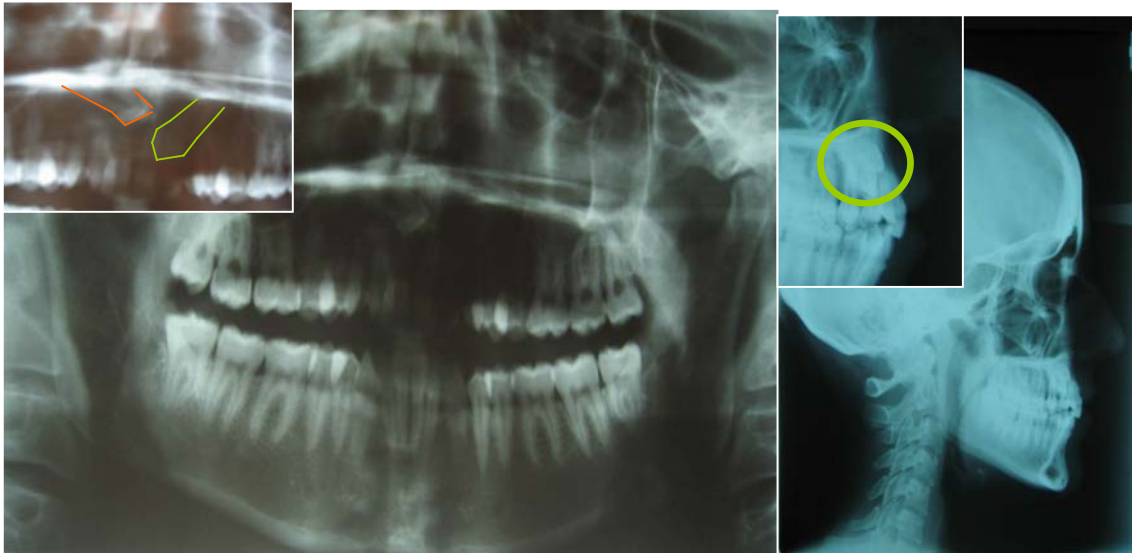


Figura 1. Pruebas radiológicas complementarias precisas para un diagnóstico certero y localización anteriorposterior de un canino incluido maxilar.

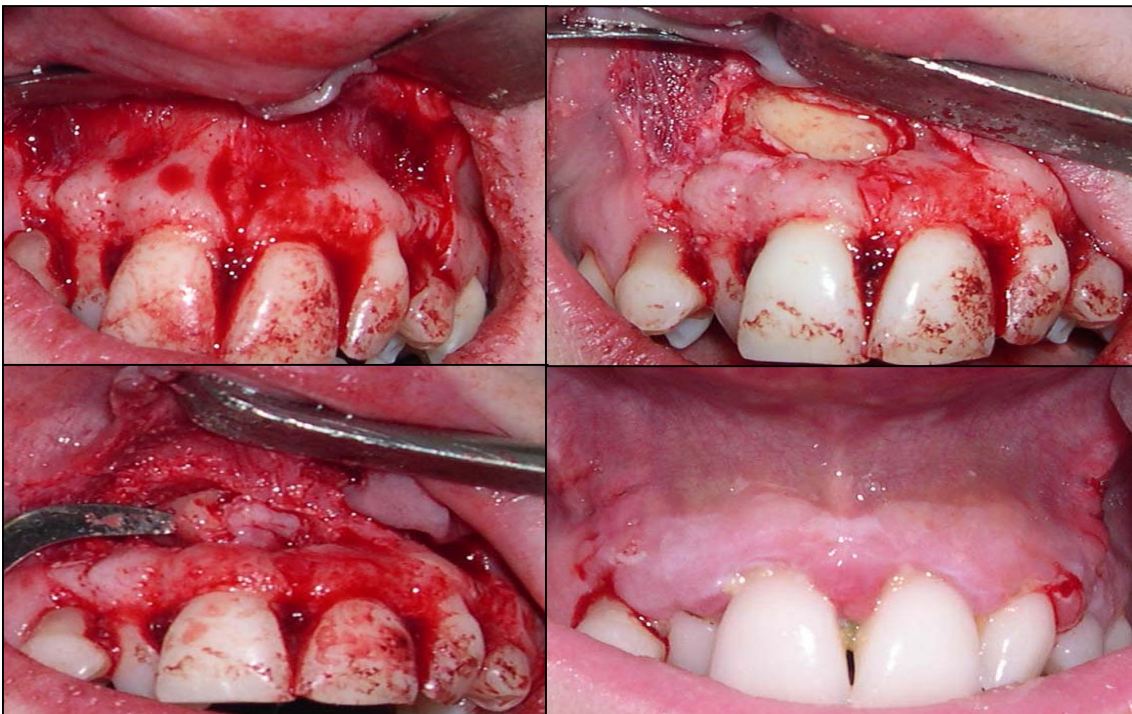


Figura 2. Exodoncia de canino incluido superior derecho. (A) Incisión de Neumann con dos descargas verticales a nivel de 14 y 63. (B) Ostectomía. (C) Exodoncia de la raíz del canino incluido, una vez extraída la porción coronal. (D) Revisión a la semana de la cirugía.

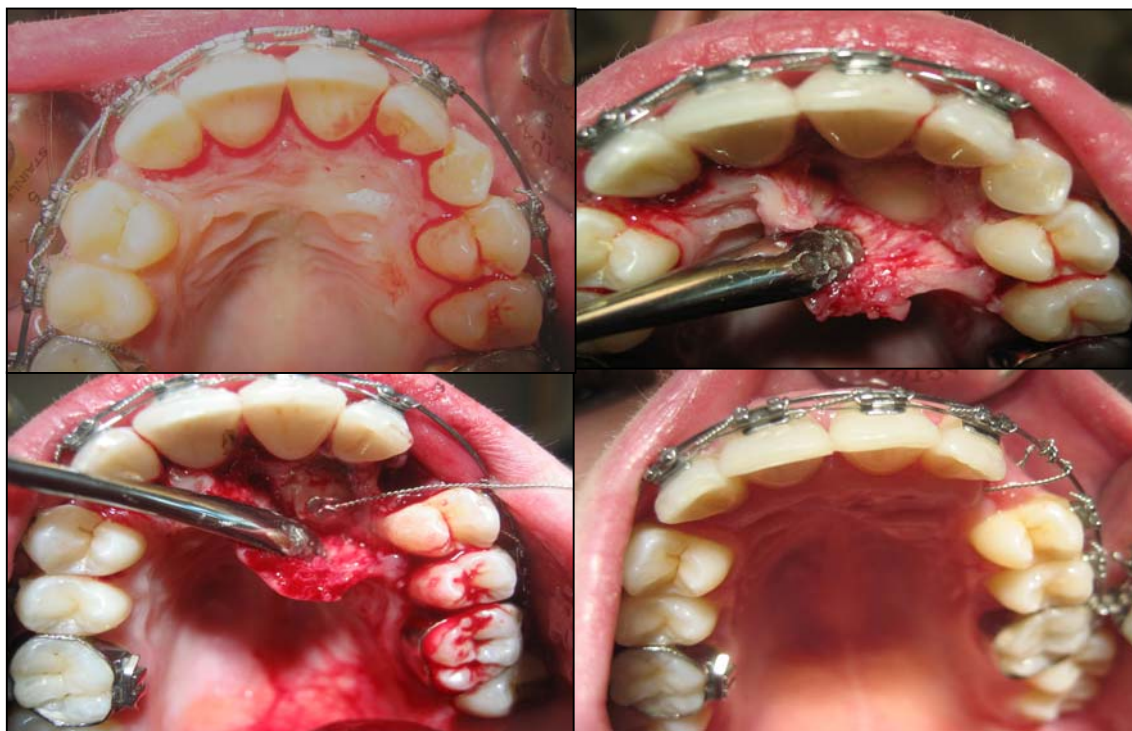


Figura 3. Cirugía de rescate de canino superior izquierdo. (A) Incisión festoneada palatina. (B) Exposición de la corona del diente incluido tras la osteotomía. (C) Colocación del bracket ortodóncico para su posterior tracción. (D) Revisión a los siete días de la cirugía.

## DISCUSIÓN

La inclusión del canino superior es la más habitual tras el tercer molar, según Berten-Cieszynski en un 34% con una predilección por el sexo femenino. La etiología de su inclusión es multifactorial; la propia involución del maxilar, un largo camino de erupción y una posible modificación de su espacio en la arcada por ser el último diente en erupcionar, explica en gran medida la alta prevalencia de una alteración eruptiva del canino que puede variar desde erupcionar de manera ectópica o quedar incluido en el maxilar. El diagnóstico definitivo del canino incluido, implica una exploración intraoral exhaustiva en la cual se observa la ausencia del canino permanente y como prueba radiológica complementaria, una ortopantomografía que debido a sus características de bidimensionalidad, debe acompañarse de una telerradiografía lateral de cráneo o serie periapical con técnica de Clark, si el diagnóstico no fuera claro se recurre al TC. El diagnóstico temprano de la inclusión junto con la exodoncia precoz del diente temporal, puede ser suficiente en inclusiones leves.



El tratamiento de este tipo de inclusión es multidisciplinar, debiéndose hacer un completo análisis clínico y radiológico, en el que valoraremos las alternativas terapéuticas de ambas inclusiones de forma individualizada. La comunicación cirujano-ortodoncista posibilita instaurar un plan de tratamiento mediante el cual al paciente se le realizará el tratamiento quirúrgico en el momento adecuado para la tracción del diente o para su exodoncia, si este no fuera viable.

La predictibilidad del tratamiento ortodóncico es relativa, pudiendo presentar diversas dificultades como la anquilosis del diente incluido, aunque la incidencia en los caninos maxilares es muy baja. La propia inclusión en estadios leves puede no requerir un tratamiento ortodóncico posterior a la cirugía, si el canino incluido no ha sobrepasado la línea media del incisivo lateral adyacente.

La cirugía del canino que va a ser traccionado debe ser cuidadosa con respecto a los dientes adyacentes, a la vez de exponer la superficie de la corona dentaria necesaria para colocar el medio de tracción, pero sin eliminar más hueso adyacente del necesario.

## CONCLUSIONES

La realización de pruebas complementarias tipo teleradiografía lateral de cráneo, puede ser suficiente para diagnosticar de forma completa estos casos, aunque algunos profesionales prefieren completar el estudio con otras técnicas.

Las opciones terapéuticas en la patología de inclusión del canino son diversas, y especialmente en aquellos casos donde la inclusión es bilateral y en distinta localización anteroposterior. Se debe realizar una valoración individualizada de cada inclusión.

El objetivo de este trabajo es presentar las alternativas terapéuticas de un caso clínico con inclusión bilateral superior de caninos en diferente localización anteroposterior, y en tratamiento concomitante con aparatología fija multibrackets, previo estudio individual de cada inclusión y en régimen multidisciplinar con su ortodoncista.



## BIBLIOGRAFÍA

- Kokich VG. "Surgical and orthodontic management of impacted maxillary canines" *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 126:278-283.
- Karpagam S, Chacko RK. "Guidelines for management of impacted canines" *Indian J Dent Res* 2004 Apr-Jun; 15(2): 48-53.
- Abron A, Medro RL, Kaplan S. "Palatally impacted permanent maxillary canines are relatively common dental" *N Y State Dent J* 2004 dec; 70(9):24-28
- Mesotten K, Naert I, van Steenberghe D, Willem G. "Bilaterally impacted maxillary canines and multiple missing teeth: a challenging adult case" *Orthod Craniofac Res* 2005 Feb; 8(1): 29-40.
- Kokich VG. "Surgical and orthodontic management of impacted maxillary canines" *Am J Dentofacial Orthod* 2004 Sep; 126(3):278-83.
- Magheri P, Cambi S, Grandini R. "Restorative alternatives for the treatment of an impacted canine: surgical and prosthetic considerations" *Pract Proced Aesthet* 2002 Oct; 14(8): 659-64.