



EVALUACIÓN CLÍNICA Y RADIOGRÁFICA DE ERUPCIÓN ECTÓPICA DE CANINO PERMANENTE SUPERIOR DERECHO RETENIDO. REPORTE DE UN CASO

Yolanda Rodríguez¹, Katherin Kowalyszyn¹, Romero María¹, Norma Martínez ²

1. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida- Venezuela
2. Cátedra de Anestesiología y Cirugía Estomatológica. Facultad de Odontología.

Universidad de Los Andes. Mérida- Venezuela

CORRESPONDENCIA: Paseo La Feria. Res. Marco Tulio. Piso 1. Apto 1-3. Municipio Libertador. Parroquia El Llano. Merida, Venezuela. Teléfono: 04247374705.

Email: yolandaferjeni@hotmail.com

RESUMEN

Un diente retenido es aquel que llegada su época de erupción permanece en el maxilar o en la mandíbula sin erupcionar de forma parcial o totalmente; además puede ser intraóseo o subgingival. Describir las características clínicas y radiográficas de un canino superior derecho en posición ectópica, con retención secundaria. Se evaluó a paciente femenino de 20 años de edad, en la consulta odontológica de la Clínica de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes por presentar inconformidad con su apariencia dental. Se realizó interrogatorio, exploración física extraoral e intraoral, exámenes complementarios (hematología completa, tiempos de coagulación, VDRL, entre otros) y exámenes radiográficos: Rx Panorámica y Rx Oclusal; luego fue atendida quirúrgicamente en la Cátedra de Anestesiología y Cirugía Estomatológica. Clínicamente se observó presencia de canino superior derecho en posición ectópica, secuestro radicular, múltiples anodoncias, caries dental, gingivitis marginal y papilar leve en maxilar superior y moderada en inferior, con recesiones de Miller tipo I y III, restauraciones defectuosas y tercer molar inferior



izquierdo impactado; radiográficamente se visualiza el canino fuera del plano oclusal; y con la Rx Oclusal se corrobora el canino retenido y su posición casi horizontal en el maxilar; los resultados de exámenes complementarios bajo la normalidad. Con los exámenes radiográficos correspondientes, se corroboraron los hallazgos clínicos, particularmente la presencia del canino superior derecho en posición ectópica con retención secundaria, lo cual permitió establecer un diagnóstico definitivo y seleccionar el plan de tratamiento integral antes explicado.

PALABRAS CLAVE: Diente retenido, canino ectópico, canino retenido.

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC EVALUATION RASH ECTOPIC CANINE PERMANENT UPPER RIGHT RETAINED. CASE REPORT

ABSTRACT

An impacted tooth is one that the arrival time of eruption remains in the maxilla or mandible unerupted partially or completely; it can also be intraosseous or subgingival. To describe the clinical and radiographic features of an upper right canine in ectopic position with high retention. a female patient aged 20 was evaluated in dentistry Clinic of Stomatology, Faculty of Dentistry, University of the Andes to present dissatisfaction with dental appearance. Interrogation, extraoral and intraoral physical examination, complementary tests (complete hematology, coagulation times, VDRL, etc.) and radiographic examinations were performed: Panoramic Rx and Rx Oclusal; then was treated surgically in the Department of Anesthesiology and Surgery Stomatology. Clinically presence of right upper canine was observed in ectopic position, radicular kidnapping, multiple anodoncias, dental caries, marginal and papillary gingivitis and bottom jaw moderate, with recessions Miller type I and III, defective restorations and third molar impacted lower left; radiographically canine outside the occlusal plane is displayed; Occlusal and Rx with retained canine and the almost horizontal position in the jaw it is confirmed; the results of additional tests under normal. With the appropriate radiographic examinations, clinical findings were corroborated, particularly the presence of the right maxillary canine ectopic position in secondary retention,

which allowed a definitive diagnosis and select the comprehensive treatment plan explained above.

KEYWORDS: Tooth retained, ectopic canine impacted canine.

INTRODUCCIÓN

Se define como diente retenido aquella pieza dentaria que llegada su época de erupción aún se encuentra detenido parcial o totalmente, permaneciendo en el maxilar sin erupcionar. La retención dentaria puede ser intraósea si el diente está totalmente rodeado por tejido óseo, y subgingival cuando está cubierto solo por mucosa gingival (1, 2, 3, 4, 5). Es importante subrayar que existen además dos tipos de retenciones dentarias: la retención primaria que se conoce como el cese de la erupción dentaria de un diente temporal o permanente, antes de su emergencia en la cavidad bucal. Se dice que es la consecuencia de un fallo en el proceso de erupción sin causas locales o sistémicas identificables; y la retención secundaria que sucede cuando un diente temporal o permanente detiene inexplicablemente su proceso eruptivo

después de haber traspasado la mucosa bucal. Aunque se desconoce su etiología, se ha mencionado la posibilidad de que se deba a cambios patológicos del ligamento periodontal que originan zonas localizadas de anquilosis, las cuales muchas veces, no pueden ser detectadas ni clínica ni radiográficamente (6). Existen múltiples factores a los cuales se pueden atribuir este fenómeno, desde las teorías filogenéticas de la especie humana hasta los cambios genéticos o factores hereditarios. Sin embargo, solo se considera importante mencionar las alteraciones manifiestas en la dentición permanente. Estas pueden deberse tanto a factores locales como a factores generales o sistémicos (1, 2, 7). Dentro de los factores locales se ubican los factores embriológicos, el retraso en la erupción dental y la Densidad Ósea Fibrosa-Gingival, la falta de espacio en la arcada dentaria y los traumas dento-



alveolares; y dentro de los factores generales o sistémicos se encuentran los pre-natales y post-natales, así como también algunos síndromes conocidos, como El Síndrome De *Crouzon*, El Síndrome De *Teachers Collins*, la microsomnia facial, la disostosis cleidocraneal, la oxicefalia y la acondroplasia influyen en la presencia de dientes retenidos en los pacientes que las padecen (1,2, 8). La incidencia de caninos superiores retenidos varía entre 0,92% a 2,2%^{9, 10}. Con relación al género son dos veces más común en mujeres (1,17%) que en varones (0,51%). La incidencia de retención por palatino excede a la vestibular en una proporción de por lo menos 3:1. El 8% de todas las retenciones caninas ocurren bilateralmente (9, 10). La retención de caninos, rara vez ocurre de forma aislada ya que es común observarla acompañada con agenesia o anomalías en forma, de incisivos laterales, con diente deciduos retenidos, con dientes supernumerarios o con una deficiencia esquelética premaxilar. Hay que destacar que los caninos superiores están

predispuestos a quedarse incluidos por presentar el periodo más largo de desarrollo, además de la vía de erupción más extensa y tortuosa (11, 12, 13). En los últimos años se han reseñado casos en los cuales se evidencia la aparición de este fenómeno. En el 2009 se realizó un estudio en cual se señala la utilización en conjunto de la terapia ortodóntica y la tracción quirúrgica para la corrección de un caso de retención bilateral del canino superior permanente en un paciente femenino de 17 años de edad⁸ Por otra parte, un estudio realizado en el 2012 en materia de retenciones dentarias, mostró una mayor prevalencia de caninos superiores retenidos (1, 14). En la actualidad es posible encontrar pacientes con alteraciones como la retención dentaria, sin embargo existe una cantidad limitada de casos reseñados, en especial referente a la retención secundaria del canino. Por lo tanto, la importancia de esta investigación radica en su aporte a la comunidad científica en el área odontológica y tiene por objetivo describir las características clínicas y radiográficas y el abordaje en



particular de un caso de canino permanente superior derecho en posición ectópica, con retención secundaria.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 20 años de edad, natural y procedente de Mérida, estado Mérida, acude a la consulta odontológica en la Clínica de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA) por presentar inconformidad con su apariencia dental. A la evaluación extraoral se observó deficiencia de crecimiento general y rasgos característicos de desnutrición moderada. Al momento de la anamnesis se verificó deficiencias cognitivas y falta de concentración. Asimismo la paciente manifestó que en oportunidades anteriores se le realizaron tratamientos odontológicos en general, entre ellos cirugías simples y tratamientos restauradores en el canino superior derecho (UD 13), el cual se encontraba en posición ectópica. Además refirió sensibilidad dental de larga data y sangramiento al cepillado. Por otra parte, negó la presencia de algún tipo de dolor

dental para el momento de la consulta. A la exploración física extraoral sólo se observó la presencia de queilitis leve y a la palpación bimanual se verificó un clic articular con leve desviación mandibular a la apertura.

Al examen clínico intraoral se detectaron los siguientes hallazgos figura 1 y 2:

- Canino superior derecho en posición ectópica con retención secundaria.
- Secuestro radicular del 22.
- Anodoncia falsa quirúrgica del 16, 17, 23, 24, 25, 34, 36, 37 y 44.
- Caries profunda en el 43.
- Caries recidivante en el 45.
- Gingivitis marginal y papilar leve localizada en maxilar superior y moderada en maxilar inferior, con recesiones de Miller tipo I en el 12, 31, 32, 33, 35, 42, 46 y 47, y Miller tipo III en el 13, 22, 43, 44.

- Restauraciones defectuosas en el 11, 12, 14, 15, 21, 22, 25, 26, 35, 44 y 46.
- Tercer molar inferior izquierdo impactado.

Al examen radiográfico correspondiente, se corroboró cada uno los hallazgos

clínicos antes señalados, en especial la presencia del canino superior derecho en posición ectópica con retención secundaria. Además, se observó la presencia de un absceso periapical crónico en el incisivo lateral superior derecho (UD 11). Figura 3 y 4.



Figura 1. Fotografía clínica intraoral de frente, en oclusión, donde se observan las condiciones bucodentales de la paciente.



Figura 2. Fotografía clínica intraoral donde se muestra en primer plano la condición de las estructuras dentales presentes en el maxilar superior.



Figura 3. Radiografía Panorámica complementaria donde se observa la condición de las estructuras dentales.



Figura 4. Radiografía Periapical donde se muestra radiográficamente el canino superior derecho en posición ectópica.

TRATAMIENTO REALIZADO

1. Fase preliminar: Interconsulta con medicina interna y nutrición.
2. Fase inicial. Tratamiento periodontal: Tartrectomía, Raspados y Alisados Radicular y profilaxis.

3. Fase quirúrgica:

- 3.1 Exodoncia simple del 22
Figura 5

- 3.2 Exodoncia compleja del 13 por técnica de colgajo. Figura 6



Figura 5 Exodoncia Simple con sutura



Figura 6. Pieza extraída por colgajo

DISCUSIÓN

Se presenta una anomalía en la erupción dental evidenciada por la retención de la pieza dental en el maxilar, la cual puede ser primaria o secundaria según la ubicación de la misma en los tejidos bucales y puede afectar ambas denticiones, siendo más frecuente en la dentición

permanente que en la dentición temporal(2, 4, 6, 8).

En este caso, se presenta de manera particular la retención secundaria de un canino superior permanente en posición ectópica, por vestibular, en una paciente femenina de 20 años de edad. En tal sentido coincide con los resultados que



reportan Vázquez y Cols(1) por cuanto señalan al igual que Gómez y Cols(8) a los caninos superiores como una de las piezas dentales que con mayor frecuencia se encuentran retenidas dentro del maxilar. Asimismo se encuentran similitudes con lo expresado por Redondo y Cols(7) en cuanto a la manifestación de esta anomalía principalmente en mujeres de raza blanca.

Gómez y Cols(8) señalan en su estudio que los caninos permanentes superiores son después de los terceros molares los que más presentan anomalías eruptivas que van desde la impactación hasta la erupción ectópica coincidiendo así con lo manifestado por Pérez y Cols(15). Por otra parte, Norma y Cols(16) hacen referencia a la variación en la incidencia de caninos retenidos la cual se encuentra entre el 1% y el 3% de los dientes impactados, en pacientes entre los 9 y 12 años de edad. Siendo más frecuente la retención del canino superior respecto al inferior. Cabe destacar que en estudios previos(2, 4, 8, 10) se estableció que el 85% de los caninos superiores se hallan retenidos por palatino

y solo el 15% por vestibular. En tal sentido, existe concordancia entre las características que presenta la paciente en discusión y las señaladas por estos autores, vale acotar que aunque se reporta en la literatura(2, 4, 8) mayor frecuencia en la retención del canino superior por palatino, en este estudio la retención se encontró ubicada en la zona vestibular del maxilar la cual representa un menor porcentaje en la frecuencia de aparición de esta anomalía.

Con relación al tratamiento usual para el diente retenido asintomático, Pentón y Cols(5) consideran la exéresis quirúrgica como una buena opción, lo cual concuerda con el plan de tratamiento que se estableció de manera particular para esta paciente. No obstante también se desarrollan en conjunto con la práctica quirúrgica los procedimientos ortodónticos. Asimismo se ha reportado el uso del traccionamiento quirúrgico, el cual se realiza preferiblemente en caninos e incisivos (5).

CONCLUSION

El hallazgo de dientes retenidos es frecuente en el campo de la estomatología, sin embargo, según reportes de la literatura la presencia de un canino en posición ectópica con retención secundaria resulta ser un evento poco frecuente. Por lo tanto la selección de un tratamiento adecuado con todos los exámenes complementarios pertinentes, puede contribuir a mejorar el equilibrio y función del sistema estomatognático. Los caninos

permanentes superiores con retención secundaria pudieran tener como causa su largo trayecto eruptivo entre otras. El diagnóstico de dicha anomalía se hace mediante la interacción de los datos clínicos y radiográficos y su tratamiento o conducta a seguir dependerá en gran parte de la localización y la condición de su estructura dental, lo que se determina mediante el correcto plan de tratamiento.

REFERENCIAS

1. Vázquez D, Hecht P, Martínez M. Frecuencia de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas. Presentación de un estudio en 1000 pacientes. Rev. Acta Odontol. Venez 2012; 50(1).
2. Siragusa M, Fruttero A. Erupción ectópica del canino superior y sus efectos sobre la pulpa dentaria. Electronic Journal of Endodontics Rosario 2005;8 (4).
3. Martínez N, Díaz D, Guerra O, Pérez C, Guilian M. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Rev. Habanera de Ciencias Médicas 2013;12(3).
4. Medrano J, Ávila N. Presentación del tratamiento a un paciente con retención dentaria. Correo Científico Médico de Holguín 2009;13(4).
5. Pentón V, Véliz Z, Herrera L. Diente retenido invertido. Presentación de un caso: modelos de diagnóstico y evaluación. MediSur [revista en la Internet].

- 2009 Dic
[citado 2013 Nov 09]; 7(6): 59-63. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600010&lng=es.
6. Leache E, Vicente A, Sánchez L, Silva C. Fallo local de la erupción dentaria. Aproximación a la clínica y la terapéutica. *Gaceta Dental* 2009;203:132-146
7. Redondo C, Galdó G, García M. Atención al adolescente. Santander: Ediciones Universidad de Cantabria 2008;834.
8. Gómez A, Montes M., Pinto E. Caninos superiores impactados.
12. Fournier A, Turcotte JY, Bernard C. Orthodontic considerations in the treatment of maxillary impacted canines. *Am J Orthod* 1982;81(3):236-9.
13. Dewel BF, The upper cuspid: Its development and impaction. *Angle Orthod* 1949;19:79-90.
- Revisión de la literatura y presentación de caso clínico. *Rev. Acta Odontol. Venez* 2011;49(1).
9. Bishara SE. Impacted maxillary canines: a review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1992;101(2):159-71.
10. Ballester JF, Toubia F, Irigoyen L. El canino incluido: diagnóstico y tratamiento. 1ª ed. Editora MDB. España; 1990.
11. Bishara SE, Comer DD, McNeil MH, Montagano LN, Oesterle LJ, Yoongquist HW. Management of impacted canines. *Am J. Orthod* 1976;69 (4):371-87.
14. Jacoby H. The etiology of maxillary canine impactions. *Am J Orthod* 1983;84(2):125-32.
15. Pérez M, Pérez P, Fierro C. Alteraciones en la Erupción de Caninos Permanentes. *Int. J. Morphol.* [revista en Internet]. 2009 Mar [citado 2013 Nov 09]; 27(1):139-143. Disponible en:



http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000100025&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022009000100025>.

16. Norma E, Pascual A, Violant D, Santos A. Tratamiento quirúrgico

de los caninos maxilares impactados. *Periodoncia: Revista Oficial de la Sociedad Española de Periodoncia* 2008;18(3):175-182.