



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
PROYECTO DE INVESTIGACION
DEP. FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE**

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LOS CANINOS RETENIDOS

AUTORES:

Gabriel Fernandez
Karin Gallo

VALENCIA, OCTUBRE 2001

DEDICATORIA.

A Dios todo poderoso

A la Santísima Virgen por hacerme el milagro de culminar felizmente este anhelado sueño.

Dedico.

Gabriel.

Gracias al todo poderoso y omnipotente Señor Jesucristo por habernos concebido la gracia de poder culminar felizmente nuestro trabajo, el cual será para engrandecer mas los cocimientos de nuestros estudios de Odontología y nuestra futura vida profesional.

Karin.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar un sincero agradecimiento a mis padres que me apoyaron y estuvieron en todo momento, que sirvieron de guía y de pilar para poder culminar mi carrera; Gracias, los amo.

El presente contenido es el producto del esfuerzo con una meta en común llegar al final.

Mención especial a la Facultad de Odontología de la Universidad Carabobo quien fue fuente de información y motivación.

Así mismo no puedo de dejar de agradecer al Profesor Carlos Sierra y la Profesora Maria. E. Labrador, que sin su estimulación no hubiera sido posible la realización de este valioso trabajo.

Gracias Karin Gallo.

A mis padres, a mis hermanos por prestarme su ayuda incondicional.

Gabriel Fernández.

RESUMEN

La presente investigación documental tiene como propósito analizar o estudiar la importancia de la retención de caninos la cual tiene gran recurrencia en numerosos individuos. Entre las causas que ocasionan la retención de caninos se puede destacar que un germen se ubica muy alto comparándolo con los gérmenes de los dientes vecinos, también pueden presentarse accidentes mecánicos que ocasionan trastornos sobre la colocación normal de los dientes, trastornos sobre la integridad anatómica del diente, trastornos protésicos como también la presencia de accidentes infecciosos, es posible que pueden influir otros factores como Odón tomas, Quistes y la presencia de enfermedades metabólicas. A su vez en esta investigación se permite ampliar un poco más, el conocimiento de la Odontología y dejara un entendimiento más extenso en cuanto a esta valiosa profesión, se hará mención del origen de dicha erupción, sus características, los diversos signos y síntomas, clasificaciones de acuerdo a las posiciones en que se encuentren los dientes retenidos, así como las diversas causas que presentan dicha anomalía y se explicara los distintos tratamientos que se pueden aplicar tales como extraer el diente retenido, evitar su extracción, reimplantar o realizar una técnica quirúrgica ortodóntica; sin olvidar la edad del paciente que constituye un factor importante para un buen pronóstico, la motivación del paciente es importante ya que por falta de información podrán obtenerse resultados parciales del tratamiento. El enfoque del tratamiento debe de ser multidisciplinario en tal sentido que el cirujano Maxilo Facial, Ortodóncista, Ortopedista y Endodóncista. Puedan formar parte de un gran equipo de trabajo para la planificación del tratamiento y así brindar una alternativa, mejorando el aspecto estético y funcional del paciente.

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como propósito analizar y explicar la importancia del proceso de liberación de las piezas retenidas el cual consiste en descubrir parte de la corona mediante la eliminación o el desplazamiento de los tejidos que la cubren, así como también incluye eliminación de las lesiones patológicas que pueden presentarse relacionadas con la misma. Las piezas dentarias que mayormente requieren estas intervenciones son en orden decreciente los caninos, los incisivos, los premolares y por ultimo los molares, siendo la frecuencia mayor la correspondiente a la serie superior.

Para el estudio de caninos retenidos se puede determinar que estos ocasionan problemas de alineación dentaria en el individuo, siendo necesario tratarlos a través de ortopedia, ortodoncia y cirugía. Un canino se encuentra retenido cuando este falta en la arcada a los 14 o 15 años, otro signo puede ser el desplazamiento de los dientes vecinos y la presión que causan estos dientes pueden ocasionar dolor facial, dolores en los oídos, ojos, costados de la cabeza, cara, cuello y también cursan con cefaleas y resorción de los dientes vecinos.

Para el estudio de caninos retenidos se debe tomar en cuenta diferentes métodos, como son: las radiografías, modelos de yeso, fotografías, etc. También hay que tener presente durante el diagnóstico las distintas disposiciones que pueden adoptar estos dientes al retenerse, esto nos indicara o nos servirá como guía al realizar las técnicas quirúrgicas recomendadas, las cuales están enfocadas a la extracción de estos dientes por diferentes vías, tales como vía palatina, lingual o vestibular.

El contenido de esta investigación documental nos hablara un poco sobre: la etiología, signos y síntomas, medios de diagnóstico, posición de los caninos de

acuerdo a su retención, tratamientos y por ultimo informaciones nacionales e internacionales sobre el tema (Caninos Retenidos).

CAPÍTULO I

CANINOS RETENIDOS

Etiología de los Caninos Retenidos.

Se denominan caninos retenidos (caninos incluidos, caninos impactados) a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, van a quedar encerrados en los maxilares, conservando la integridad del saco pericoronario.

Esta retención puede presentarse en dos formas: El canino puede estar rodeado por tejido óseo o por mucosa gingival. Se considera que la retención dentaria es un problema mecánico. “El diente que está destinado a hacer su erupción normal y aparece en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que le impide la realización del trabajo normal que le está encomendado.” (Centeno, 1987. P. 301). Es decir, la erupción se encuentra impedida por la consecuencia mecánica de ese obstáculo que no le permite su aparición.

El germen del canino se sitúa topográficamente muy alto, por encima de los gérmenes del primer bicúspide y del incisivo lateral, que hace su erupción antes que él; de ahí que descienda muy tardíamente, lo que puede influir en su ubicación definitiva.

Otro hecho por destacar es la anomalía de *Gubernaculum Dentis*, que no se corresponde con el vértice cuspidado.

Otras causas de la retención del canino son las discrepancias dento-maxilares, provocadas por alteraciones del desarrollo de la base ósea o por mal posiciones dentarias, así como la existencia de obstáculos a erupción, tales como: odóntomas, quistes. Otros factores que se puede destacar es la herencia.

La retención de los caninos presenta problemas, no sólo de su situación, sino de aspecto funcional y estético; por ello su resolución está condicionada a cada caso clínico y dependa de numerosos factores que serán analizados, tales como accidentes mecánicos, infecciosos, nerviosos, tumorales etc. (López, 1991).

Otras causas generales que puede ocasionar trastornos de retención o ausencia de dientes son las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo).

La causa más frecuente de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensiones entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentales. Cuando por hábitos adquiridos o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mímicos y otras modalidades gesticulatorias, se

produce un exceso de presión externa que sumada al final del día, no ha sido compensada igualmente por la presión interna, como la de la lengua, por ejemplo: llegar a alternarse el equilibrio que mantienen los dientes en su posición normal, y es por sí solo, especialmente en los niños, capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de los maxilares. (Centeno, 1987. P. 303).

Se debe considerar que la ligera presión muscular que reciben los dientes, es lo suficientemente fuerte para torcerlos, y esa misma presión retransmitida a cada diente puede influir en la inclusión dentaria, porque puede limitar por delante la expansión de las arcadas y de este modo mantener disminuido el crecimiento de los maxilares. (Ob. Cit.).

Signos y Síntomas de los Caninos Retenidos.

Se sospecha la existencia de un canino retenido, cuando éste falta en la arcada a los 14 o 15 años, con la presencia o ausencia del diente desiduo. Otros signos que pueden hacer sospechar la retención del canino son los desplazamientos de los dientes vecinos.

La presión que ejerce el canino muchas veces origina: labio versión, linguoversión y rotación de los incisivos laterales, con sus coronas inclinadas hacia mesial o hacia distal. Cuando aparecen estos signos de desplazamientos se deben realizar pruebas clínicas y radiográficas; también otro hecho que nos hace pensar en un canino superior incluido es el pinzamiento del espacio entre el primer bicúspide y el incisivo lateral. Estos hechos subclínicos pueden acompañarse de abultamientos o prominencias de consistencia dura ubicadas muchas veces por palatino o algunas veces por vestibular, que

se tornarán dolorosas si hay patologías sobreañadidas de tipo inflamatorio. (Laskin, 1987).

La infección del saco peri coronario ó patologías peri apicales de un diente vecino, pueden dar lugar a una pericoronaritis, que se manifiesta por una tumefacción dolorosa palatina, cuya fibromucosa se torna congestiva y acaba por fistulizar dando salida a un exudado ceroso ó purulento. (un absceso subperióstico). Cuando la retención es vestibular el proceso inflamatorio puede afectar el tejido celular de la región genial y al tejido celular peri orbitario. En ambas circunstancias generalmente cuando la evolución es prolongada, el hueso puede participar en el proceso inflamatorio.

La patología referida va precedida de traumatismos de la mucosa, como en los casos de portadores de prótesis, quienes en un periodo largo de tiempo ven como se le desajustan y hasta se les fractura:

En los pacientes desdentados muchas veces los caninos retenidos pasan inadvertidos en el momento en que se les extraen los otros dientes, pero la presión de la prótesis dentaria al producir irritación puede estimular el mecanismo de erupción, y en vista de que los dientes que los obstaculizaban han sido extraídos, el canino intenta erupcionar. En ocasiones la presión acarrea resorción ósea y expone al diente. (Laskin, 1987. P. 92).

Se puede citar que los trastornos nerviosos relacionados con la retención de estos dientes son las algias faciales de tipo vaso-motor, los trastornos motores y los troficos.

El dolor es un trastorno que acompaña a los dientes retenidos, este puede ser Neurálgico y puede sentirse en el maxilar, pero con mayor frecuencia está referido a una región en particular, como los oídos, ojos, costados de la cabeza, cara, dorso del cuello y cintura escapular. En ocasiones el paciente se queja de cefaleas, si los dientes adyacentes se han reabsorbidos de modo que se han comprometido las pulpas de los dientes vecinos. El paciente puede sufrir odontalgias. Esta reabsorción puede estar acompañada de una compresión y desplazamiento de los incisivos. El proceso de reabsorción no se puede apreciar en las radiografías, porque en las coronas de los dientes ensombrecen los ápices de los dientes incisivos; pero se puede describir al hacer las radiografías después de haber extraído el diente. (Ob. Cit.).

- Se denomina canino retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, van a quedar encerrados en los maxilares, conservando la integridad del saco peri coronario. Se sospecha la existencia de un canino retenido cuando este falta en la arcada a los 14 o 15 años de edad, en la presencia o ausencia del diente desiduo. Otros signos que pueden hacer sospechar la retención del canino son los desplazamientos de los dientes vecinos. El dolor es un trastorno que acompaña a los dientes retenidos, este puede ser neurálgico y puede sentirse en el maxilar, dolor en los oídos, ojos, costados de la cabeza, cara, dorso del cuello y cintura escapular.

CAPÍTULO II

ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO DE LOS CANINOS RETENIDOS

Medios de Diagnóstico Existentes en la Retención de Caninos.

El diagnóstico de un canino retenido, su posición, su relación con los dientes vecinos y su clasificación se realiza por los medios clínicos de inspección, la palpación y por el examen radiográfico.

Tomando en cuenta que la cirugía ortodóncica requiere precisión tanto en su planeación como ejecución, no basta que el dentista conozca la presencia del diente incluido antes de considerar la operación, es necesario determinar su posición exacta y su relación precisa con los demás erupcionados o también incluidos. (Howe, 1983). Los medios de diagnóstico de uso frecuente son los indicados a continuación:

Inspección: La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporario, puede hacer sospechar la retención. En los casos de retención palatina o vestibular, con la inspección visual se aprecia una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo.

La altura y la forma de la bóveda palatina nos da una indicación preeliminar de la probable ubicación del diente retenido. Se debe tomar la previsión de no confundir el relieve originado por el canino con el que puede

producir la raíz del incisivo lateral o del premolar; confusión que puede suceder con facilidad. (Centeno, 1987).

Palpación: En el examen clínico en particular la palpación es de cierta utilidad, cuando iniciamos la palpación el dedo índice, que investiga, confirma la existencia de elevaciones, de la misma consistencia que la tabla ósea. En caso de existir algún proceso infeccioso y una fístula, una sonda introducida por ellas nos lleva a chocar contra un cuerpo duro que representa la corona del canino. La localización adecuada de los dientes retenidos va a depender de las cuidadosas interpretaciones radiográficas pertinentes. También tiene una especial importancia establecer si el diente incluido se localiza en sentido vestibular o palatino en relación con los dientes erupcionados, de tal forma que el médico cirujano sepa si tiene que valerse de un acceso labial o lingual. Si el mencionado diente se localiza de hecho dentro del arco de los dientes erupcionados, podría estar indicado usar el acceso por la zona vestibular o del paladar. (Centeno, 1987).

Examen Radiográfico: El examen radiográfico del canino retenido debe ser realizado según ciertas normas para que sea de utilidad. Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intraoral, tomada sin reglas radiográficas.

La valoración radiográfica cuidadosa es indispensable y por lo menos se necesitan dos vistas tomadas en ángulo recto entre sí. El odontólogo debe conocer el valor y las limitaciones de cada una de las vistas radiográficas disponibles para su uso, si desea hacer un cálculo preciso sobre la posición del diente incluido, se deben revisar todas las radiografías en forma escrupulosa sobre un megatoscopio. (Howe, 1983. P. 171).

Las radiografías nos mostrarán la existencia del diente, el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, etc.) por lo cual debemos combinar las diferentes técnicas radiográficas existentes, tales como:

Películas Periapicales: Muestran el estado de los dientes vecinos al incluido, así como su tamaño, forma y disposición radicular. En la placa periapical también se puede identificar la presencia de quistes, odontomas o dientes supernumerarios, así mismo, puede haber indicios de la relación existente entre el diente incluido y los adyacentes erupcionados. Si bien la relativa definición y radiopacidad de la corona puede servir en la determinación de la posición dental. Es posible hacer un cálculo más confiable si se emplea el método de paralelas, con esta técnica se obtiene una radiografía periapical de la zona y luego movemos el tubo de Rayos X en dirección mesial o distal antes de tomar una segunda; entonces se comparan las dos y si se observa que el diente incluido se desplaza en la misma trayectoria que el tubo de los Rayos X se considera que se encuentra localizado en sentido palatino en relación con los dientes erupcionados; pero si se mueve en dirección opuesta se ubica en el lado vestibular. (Howe, 1983).

Películas Oclusales: Existe una variedad de vistas oclusales disponibles, y es indispensable apreciar claramente la utilidad y las limitaciones de cada una. Cuando se toma una radiografía oclusal anterior, se coloca el tubo de Rayos X en el punto nasión. De este modo se genera una película que muestra muchos detalles, es útil para los fines de Diagnóstico, pero carece de valor en la determinación de la posición relativa de los dientes por la inevitable distorsión que ocurre. (Ob. Cit.).

Cuando se toma la vista oclusal Vertex, se coloca el tubo de Rayos X de manera que el rayo central pase a lo largo del eje longitudinal de los incisivos centrales, y si se observan dichos dientes como en un corte transversal, la película es precisa y puede usarse con confianza para establecer la posición real del diente incluido. Este tipo de radiografía carece de contraste y detalles, sólo es útil para determinar la posición relativa de los dientes, también es posible establecer la proximidad del diente incluido a las raíces de los dientes erupcionados con éste tipo de radiografías, y se puede detectar con facilidad la presencia de retenciones dentarias. (Ob. Cit.).

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio, es indispensable ver la cúspide y el ápice y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos.

Ubicación del Diente en el Plano Sagital: La ubicación del diente en el plano sagital se logra merced a varias tomas radiográficas, con placas comunes, gracias a las siguientes técnicas: Tres tomas son necesarias para conocer la dirección antero - posterior del diente retenido, y las relaciones de la corona y ápice con los órganos, cavidades y dientes vecinos. (Centeno, 1987).

Delimitación del Canino en el Plano Horizontal: Las Técnicas más utilizadas para localizar el canino retenido en el plano horizontal son: a) Radiografía oclusal; con rayo central en la línea media e incidencia perpendicular a la placa. Con ésta sola radiografía no se obtiene la precisa ubicación del canino, pues los rayos secundarios dan una imagen del diente que no es la correcta, proyectándolo a través de las raíces de los demás

dientes de la arcada. b) Con una segunda radiografía, también oclusal, con rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares, se evita el inconveniente antes citado, obteniendo una imagen del diente en relación con las demás piezas del maxilar. (Ob. Cit.).

Delimitación del Canino en el Plano Vertical: Para ubicar el canino en el plano vertical se coloca una placa (películas oclusales o película común) sobre la mejilla opuesta al canino retenido, dirigiendo el rayo central atravesando el maxilar en sentido horizontal, y con incidencia perpendicular a la placa.

De acuerdo con el examen radiográfico previo, la comparación de las radiografías y el examen clínico del caso, tendremos la ubicación del canino, su posición y sus relaciones con los dientes y cavidades vecinas. (Ob. Cit.).

- La cirugía requiere precisión tanto en su planeación como en su ejecución, no basta que el Odontólogo conozca la presencia del diente retenido antes de considerar la operación, es necesario determinar su posición exacta y su relación con los demás dientes. En este capítulo se trató de explicar los medios de diagnóstico, aunque muchas veces el examen clínico y la palpación son de cierta utilidad.

La localización adecuada depende considerablemente de las cuidadosas interpretaciones radiográficas pertinentes, por lo menos se necesitan dos vistas tomadas en ángulo recto entre sí. El Odontólogo debe de conocer el valor y las limitaciones de cada vista radiográfica disponibles para su uso y debe de

revisar todas las radiografías en forma escrupulosa .

CAPÍTULO III

TIPOS DE RETENCIÓN EXISTENTE EN LOS CANINOS

Existen numerosas clasificaciones para la retención de los dientes retenidos, la mayoría son confusas, muy diferentes entre si y no dan una idea clara de la posición y la relación de los caninos retenidos. Se sugiere una clasificación sencilla y exclusivamente para caninos retenidos, ya que es un problema muy común en la practica ortodontica. Hasta hoy no existe una clasificación clara para los caninos retenidos. Documento en línea disponible en [www. Yahoo. com.](http://www.Yahoo.com) (Septiembre, 10-2001).

Se puede clasificar la retención de los Caninos de acuerdo a su posición según (Laskin, 1987):

Las retenciones del canino superior e inferior se clasifican como: Labiales, Palatina, Intermedias e Inusuales.

La localización es importante, dado que las técnicas quirúrgicas para la extracción de los cuatro tipos varían, tanto que son prácticamente operaciones que no tienen relación entre sí. Las radiografías intrabucales pueden leerse de manera de determinar la forma del diente así como su ubicación (regla de Clark, regla del objetivo vestibular).

Caninos Superiores en Posición Labial: Los caninos que están en situación labial suelen erupcionar espontáneamente o se los puede exponer quirúrgicamente para que después el ortodoncista los lleve a su posición correcta. En personas mayores y en pacientes que no desean que se les ensanche el arco para crear el espacio necesario para llevar el diente a su posición, puede ser que se deba realizar una odontectomía.

Para extraer caninos maxilares que están en posición labial, el paciente debe estar sentado o semirreclinado. Se separa el labio superior y se traza una incisión un tanto curva en la superficie labial en la encía alveolar, desde el frenillo labial hasta la región premolar. La parte más baja de la incisión no debe estar menos de 0,5 cm del margen gingival.

Las incisiones en la encía deben ser mucho más largas que el ancho de la perforación ósea necesaria para extraer el diente, a los efectos de tener un acceso adecuado y conseguir que los bordes de la herida descansen sobre el hueso intacto.

Cuando la odontectomía se hace desde la cara externa del maxilar superior, hay que tener en cuenta la finura del hueso que constituye el seno maxilar. El diente está con mayor frecuencia en la base ancha del tabique nasooantral. Despréndase del hueso el colgajo mucoperióstico con una legra afilada y sepárese. Ahora ábrase una ventana sobre la eminencia que señala la posición de la corona del diente y agrándese la perforación hasta exponer toda la corona para insertar un elevador para desalojar el diente. Si el diente no cede con facilidad, retírese hueso sobre la raíz de éste o, si el diente penetra en la profundidad del hueso, créese con una fresa un espacio entre la raíz y el

hueso que la encasilla. El elevador debe aplicarse de modo que no descansa sobre las raíces de los dientes adyacentes ni sobre el fino hueso que la cubre, para que no haya peligro de que estos dientes se luxen, se desplacen o se lesionen de otra manera. A veces es más seguro tomar la corona con pinza, en particular si se puede formar un espacio a cada lado para introducir los picos de la pinza. Por lo general haciendo rotación y tracción hacia afuera el diente se afloja y se puede extraer. Una vez retirado el diente, y desbridada la herida, alísense los márgenes óseos y comprímense las paredes óseas ligeramente desplazadas para que recuperen su posición ciérrase la herida con puntos separados (Laskin, 1987).

Caninos Superiores en Posición Palatina: Los caninos se alojan en el paladar con una frecuencia mucho mayor en la apófisis alveolar labial, donde son mucho más difíciles de extraer. A menudo esta anomalía es bilateral. Para operar en el paladar bajo visión directa el paciente debe estar reclinado con la cabeza flexionada hacia atrás. De esta manera el cirujano puede trabajar esforzándose menos que con el paciente sentado. La incisión para extraer un diente debe empezar en la región del 2° premolar y prolongarse hacia delante en el surco gingival o cerca del margen gingival hasta más o menos la región del incisivo lateral del otro lado. No se deben cortar los vasos que emergen del agujero incisivo. Si se han de extraer retenciones bilaterales, la incisión debe llevarse hasta la región del 2° premolar del otro lado. Janer. J. (1999) Manejo de los Caninos Retenidos por Palatino. Documento en línea. Disponible en [www. Yahoo. Com.](http://www.Yahoo.Com) (Septiembre, 10-2001).

Una vez hecha la incisión, se desprende del hueso el colgajo

mucoperiostico con una legra afilada y se lo separa de modo que quede expuesta una porción suficiente del paladar como para tener fácil acceso al diente, se debe tener cuidado de no desgarrar los vasos y el nervio que emerge del agujero incisivo. Sin embargo, si no se obtiene un acceso satisfactorio con un paquete vasculonervioso intacto, puede ser que haya que ligarlo y seccionarlo. (Centeno, 1987).

Si la corona del diente está cerca de la superficie y se perfora el hueso, aparecerá a la vista el fólculo que rodea al diente y al incidirlo, quedará expuesta la corona, que servirá de jalón para retirar el hueso. Si la corona se halla cubierta por hueso por completo, es típico encontrar un abultamiento que indica donde está. Se retira hueso hasta exponer por completo la corona del diente, pero tomando la precaución de no lesionar las raíces de los dientes adyacentes. Luego se excava un surco en el hueso del lado mesial de la corona para poder introducir debajo un elevador y se luxa al diente de su cavidad alveolar. Una vez que la corona emerge lo suficiente, se aplica una pinza de extracción y se retira el diente. (Ob. Cit.).

Durante la extracción de canino en posición palatina pueden ocurrir a veces dos complicaciones: la primera es que se afloje un diente adyacente por el uso intempestivo de los elevadores. A menos que tales dientes se luxen tanto como para que su aporte sanguíneo se interrumpa, conserven su vitalidad y recuperen su firmeza sin tratamiento adicional. También puede perforarse el seno maxilar o la cavidad nasal. (Howe, 1983. P. 191).

Si la corona del diente no se puede liberar con facilidad sin hacer peligrar los dientes incisivos o si la raíz penetra en el paladar en un plano horizontal, suele estar indicada la odontotomía. El diente se secciona

transversalmente a nivel del cuello con una fresa de una manera que al mismo tiempo se produzca un espacio entre la corona y el diente. Esto a través de la raíz con una fresa de ranura cruzada bastante grande. Una vez completada la odontotomía, se inserta un elevador apropiado por dentro de la corona o en el espacio comprendido entre la corona y la raíz, para desalojarla y retirarla. (Howe, 1983).

Caninos Superiores en Posición Intermedio: La posición habitual para una retención intermedia es con la corona en el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares, cerca de la cortical vestibular. Aunque el estado no haya sido diagnosticado en el preoperatorio, se debe sospechar de él cuando surgen dificultades para la extracción de la porción radicular de cualquier canino ubicado hacia palatino. Las incisiones se diseñan de acuerdo con la localización del diente. Si la corona no está acunada entre el incisivo lateral y el primer premolar, a veces se puede extraer el diente con la pinza o con el elevador. La incisión debe incluir la encía marginal, de modo que el tejido no se traumatice al aplicar el instrumento. Si el canino está acunado entre los dientes adyacentes, había que seccionar la corona respecto de la raíz para retirarlo. Cuando la corona se halla cubierta por hueso, primero se la retira en el lado hacia el cual apunta al diente. En ocasiones también hay que retirar una pequeña cantidad del lado opuesto para poder aplicar la pinza o insertar el elevador. Si se ha retenido el canino temporario, su extracción permitirá localizar la corona del diente permanente en la cavidad y facilita su extracción. (Costich, 1989).

Caninos Superiores en Posición Inusual: Pueden erupcionar caninos

en cualquier parte del maxilar superior anterior por migración del germen dentario. En ocasiones están debajo del reborde infraorbitario. También pueden ocurrir posiciones dentarias insólitas por formaciones quísticas. El quiste debe escindirse junto con el diente. Por lo general, el espacio creado por el quiste facilita mucho la extracción del diente.

La incisión, así como el procedimiento para la extracción, depende del sitio del diente como por lo general perforan el hueso o por lo menos producen una protuberancia que se puede identificar una vez hecha la incisión y separado el tejido blando, es fácil exponer tales dientes.

En general, basta eliminar una pequeña cantidad de hueso alrededor de la corona para tomar el diente con la pinza y entonces se puede extraer sin mucho inconveniente. Si el diente está en la pared nasal o antral, puede ser que haya que abrir el seno maxilar. A través de la fosa canina se traza una incisión que llegue hasta la abertura piriforme de la nariz. Por lo general el diente se puede exponer eliminando el hueso que lo cubre. Despréndase la membrana nasal y sepáresela para evitar la perforación en la nariz. Una vez extraído el diente, ciérrase la incisión con puntos separados. (Laskin, 1987).

Caninos Inferiores en Posición Labial: Los caninos inferiores suelen estar incluidos en la base de la mandíbula, en la cara externa y en posición oblicua u horizontal. Los caninos que están en posición vertical suelen erupcionar en los pacientes jóvenes si se les crea espacio expandiendo el arco. En cambio los que están en posición horizontal casi siempre están retenidos y deben extraerse.

Se traza una incisión horizontal o ligeramente curva dentro de la boca, en la superficie externa de la mandíbula. El mucoperiostio se eleva del hueso, se lo separa y se crea una ventana para exponer la corona. Si el acceso es satisfactorio se puede extraer el diente con pinza o con un elevador recto. Después de haber extraído la misma, desbridase cuidadosamente la herida y reaproxímese el colgajo con puntos de sutura separados. (Centeno, 1987).

Caninos Inferiores en Posición Inusual: A los caninos que están en posición inusual por lo general se les puede extraer por vía intrabucal desenguantando la cara anterior de la mandíbula, pero si el diente está cerca del borde inferior en la región premolar, a veces se le aborda con mayor facilidad incidiendo la piel. Con este abordaje se tiende más a evitar que se lesione el nervio mentoniano.

Inclínese la cabeza del paciente hacia atrás todo lo que se pueda. La incisión en la piel se hace debajo del borde inferior de la mandíbula para que esté relativamente oculta. Se seccionan el tejido subcutáneo y el músculo cutáneo del cuello y se incide el periostio. Una vez ligados los vasos sangrantes se separan los bordes de la herida y se expone la mandíbula. Retírese suficiente hueso como para exponer toda la corona, y parte del diente y después procúrese luxar éste. Si la luxación fracasa, puede ser que haya que dividir el diente y sacarlo por partes. Luego desbrídese la herida y ciérrase por planos (Ob. Cit.).

- Existen numerosas clasificaciones para la retención de los dientes retenidos, la mayoría son confusas, muy diferentes entre si y no dan una idea

clara de la posición y la relación de los caninos retenidos. Hasta hoy no existe una clasificación clara para los caninos retenidos. Según (Laskin,1987) se puede clasificar la retención de los Caninos de acuerdo a su posición.

Las retenciones superior e inferior que podemos encontrar de acuerdo a su posición son: Labiales, Palatina, Intermedias e Inusuales. La localización es importante, dado que las técnicas quirúrgicas para la extracción de los cuatro tipos varían, tanto que son prácticamente operaciones que no tienen relación entre sí.

Las radiografías intra bucales pueden leerse de manera de determinar la forma del diente así como su ubicación. Los caninos que están en situación labial suelen erupcionar espontáneamente o se los puede exponer quirúrgicamente para que después el ortodoncista los lleve a su posición correcta. En personas mayores y en pacientes que no desean que se les ensanche el arco para crear el espacio necesario para llevar el diente a su posición, puede ser que se deba realizar una odontectomía.

En cambio Los caninos que se alojan en el paladar con una frecuencia mucho mayor en la apófisis alveolar labial, donde son difíciles de extraer y a menudo este tipo de posición es por lo general bilateral. Se debe de aplicar una incisión en la región del segundo premolar y prolongarla hacia delante en el surco gingival o cerca del margen gingival hasta la región del incisivo lateral del otro lado y una retención intermedia es con la corona en el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares, cerca de la cortical vestibular. Aunque el estado no haya sido diagnosticado en el preoperatorio, se debe sospechar de él

cuando surgen dificultades para la extracción de la porción radicular.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO PARA LOS CANINOS RETENIDOS

Tratamiento Empleado en los Caninos Retenidos.

Hoy en día tanto el Odontólogo, el Cirujano Maxilo facial como el Ortodoncista disponen de (4) posibilidades: 1- Extraer el diente retenido, 2- Evitar su extracción, 3- Reimplantar, 4- Técnica quirúrgica ortodóntica. La extracción quirúrgica del diente retenido (canino) es la primera alternativa que tiene el Odontólogo o el Cirujano Bucal y Maxilo facial para resolver el problema causa-efecto. Liberti. D. (2001, Abril) “La exodoncia de los caninos retenidos en el maxilar”. El Carabobeño, pag.10.

1- Extraer el diente retenido (canino).

La extracción de los caninos retenidos consiste esencialmente en un problema mecánico; se busca localizar el diente retenido con la aplicación de auxiliares tales como la palpación, radiografías, luego se aplicaran métodos mecánicos e instrumental para tratar de extraer el diente que se encuentra en el interior del hueso aplicando los principios de la extracción de colgajo y del método de la extracción por seccionamiento. Tales métodos constituyen la denominada extracción quirúrgica de los dientes retenidos. (Centeno, 1987).

Los caninos retenidos van a presentar diferentes vías de extracción, las cuales pueden ser: Por vía palatina o por vía lingual, por vía vestibular tanto en maxilar como en mandíbula.

Extracción de los caninos por Vía Palatina.

La exodoncia de un canino retenido por palatino estará justificada cuando: Su ubicación sea muy desfavorable - muy radical / craneal / mesial, haya reabsorciones radiculares de los dientes vecinos- dependiendo de su magnitud, el premolar ocupe su lugar en la arcada, presente anomalías anatómicas, y este anquilosado - esto se sabrá mediante el estudio radiográfico. Janer. J. (1999). Manejo de los Caninos Retenidos por Palatino. Documento en línea. Disponible en www.Yahoo.com. (Septiembre, 10-2001).

En la continuación se explicará la secuencia o manejo de la extracción una vez ubicado por palatino el diente retenido:

Anestesia : Como en toda intervención quirúrgica la anestesia es fundamental la operación de los caninos es larga y molesta. La anestesia debe de prever la longitud de la operación, esta puede ser aplicada tanto general como local. Para los caninos superiores, bloquearse los nervios infraorbitarios, Palatino anterior y naso palatino. Se aconseja inyectar analgésicos local aunque se haga anestesia general por la acción hemostática del vasoconstrictor, en particular para controlar el sangrado en el paladar.(Laskin, 1987).

Cuando se va a aplicar la anestesia hay que tomar en cuenta si existe una retención unilateral o bilateral.

Retención unilateral: Anestesia infraorbitaria del lado a operarse, anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

Retención bilateral: Anestesia infraorbitaria en ambos lados, anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores. (Centeno, 1987).

Operación: Incisión. Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto la bóveda ósea. De esta forma se prepara un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde esta retenido el diente. Para conseguir tal colgajo se ha de practicar una incisión en la bóveda palatina. Este colgajo debe dar una suficiente visión del campo operatorio y debe de ser dispuesto del tal modo que no sea traumatizado en el curso de la intervención.(Ob. Cit).

La extensión del colgajo debe de estar dada por la posición de los caninos retenidos. Este puede tener dos formas: La primera, que se realiza en pleno tejido del paladar duro, pero tiene el inconveniente que no da un amplio campo y que el estrecho gingival, entre la incisión y la arcada alveolar, es magullada y traumatizada en el curso de la intervención, la segunda forma de incisión esta mas en consonancia con los principios quirúrgicos. Consiste en el desprendimiento del telón palatino, realizando previamente el desprendimiento de la fibromucosa palatina del cuello de los dientes. Este es el colgajo que se prefiere, se realiza de la siguiente manera: se usa bisturí de hoja corta, el cual se insinúa entre los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se puede iniciar en la cara distal del segundo premolar y el bisturí contornear la cara mesial del Primer premolar, la incisión seguirá la cresta de al arcada y se continuara hasta el lugar elegido. La pequeña lengüeta que

resulta de esta incisión será utilizada con provecho al practicar la sutura. En caso de un canino situado más posterior, no es necesario que la incisión pase la línea media, respetando por lo tanto, al descenderse el colgajo, los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior. (Kruger,1986).

Desprendimiento del colgajo: Practicada la incisión, el desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumento romo (Espátula de Freer). Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la encía o entre los labios de la incisión palatina, y por pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar. (Ob. Cit.).

Osteotomía: Para eliminar el hueso que cubre al canino retenido, puede el cirujano valerse de varios métodos que, aunque lleven el mismo fin, tienen diferencias fundamentales que se refieren al Shock quirúrgico y las molestias que puede sentir el paciente. Los instrumentos usados, como ya han sido considerados en otras investigaciones, son: La fresa quirúrgica (por la cual abogamos) y al escoplo (escoplo automático o impulsado a golpes de martillo).

Cantidad de hueso a eliminar: Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminar. Debe de quedar ampliamente descubiertas, en la osteotomía, toda la corona retenida y parte de la raíz. Ya se ha dicho que el principal obstáculo en la extracción del canino retenido esta en su corona y no en su raíz. La osteotomía debe de descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que esta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismo. (Centeno, 1987).

Uso de la fresa: La fresa es el instrumento de nuestra preferencia. Eliminar el hueso, limpiar rápidamente, sin molestar al operador. Los inconvenientes que pudieran derivarse del recalentamiento del instrumento se subsanan usando fresas nuevas, que deben cambiarse continuamente en el curso de la extracción, las fresas utilizadas en la osteotomía son, la redonda № 4 o № 5.

Uso del escoplo: Se aplica verticalmente al hueso y con golpes de martillo se elimina el hueso que sea necesario; Esta osteotomía se cumple por partes, retirando el hueso en pequeños trozos. En las retenciones superficiales el escoplo no causa molestias, sobre todo porque en tal condición puede ser usado bajo presión manual. En las profundas el golpe de martillo es penosamente soportado por el paciente. (Laskin, 1987.).

Extracción propiamente dicha: Realizada la osteotomía, hay que considerar el objeto primordial de la operación que es la extracción del diente retenido. Esta parte de la operación exige criterios de habilidad para no traumatizar o luxar los dientes vecinos. La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible, para lograr luxar este cuerpo se debe de realizar maniobras de palancas apoyadas en hueso vecinos mas sólidos y más protegidos, se deberá aplicar un extraordinario esfuerzo para lograr elevar el diente siguiendo la brecha ósea creada.(López, 1991.).

Tratamiento de la cavidad ósea: Luego de extraer el diente se debe de inspeccionar cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las espículas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el capuchón o saco peri coronario del diente retenido. Extirpar con una cucharilla filosa, la omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales. Los bordes óseos agudos y

prominentes deben de ser alisados con una fresa redonda o con limas para hueso.(Ob. Cit.).

Sutura: El colgajo se vuelve a su sitio y readaptándolo perfectamente de manera que las lengüetas Inter. dentarias ocupen su normal ubicación, normalmente un punto de sutura es suficiente en los caninos unilaterales.

Extracción de los Caninos por Vía Vestibular.

Anestesia: La anestesia de elección es la infraorbitaria, se completa con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior, y una anestesia distal a la altura del ápice del canino.

Incisión: Se emplea la incisión en arco, debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente, como para que este no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgajo en su sitio. (Ob, Cit.).

Desprendimiento del colgajo: Sigue las normas de otros tipos de colgajos, debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador como para que no traumatice.

Osteotomía: Se realiza a escoplo, martillo o fresa. La tabla externa no tiene la dureza ni la solidez de la bóveda palatina y permite la osteotomía mas fácilmente. (Centeno, 1987).

Extracción propiamente dicha: Los caninos vestibulares, después de enuclear la tapa ósea, pueden ser extraídos enteros laxándolos previamente con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea. (Ob. Cit.).

Tratamiento en la cavidad ósea: Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco peri coronario y los restos óseos o dentarios.

Sutura : Se aplican dos o tres puntos de sutura después de colocar el colgajo en su sitio para completar la operación.

Extracción de los Caninos Inferiores por Vestibulares.

Anestesia: los caninos inferiores pueden ser operados con anestesia regional o general, en la mandíbula vamos a bloquear los nervios alveolares inferiores y linguales, esto se debe hacer ha ambos lados sí el canino a migrado al lado opuesto. (Laskin, 1987).

Operación: Se ajusta a las normas señaladas para la extracción de los caninos superiores.

Incisión: Se aplica sin llegar al borde gingival, provee un colgajo suficiente, se deben de mantener las normas exigidas en los caninos superiores, no traumatizar el colgajo ni el estrecho gingival entre la incisión en arco y el borde libre.

Desprendimiento de los colgajos: Como para los caninos superiores, de acuerdo con el tipo de incisión, con una legara fina, con el periostotomo, o con la espátula de freer, se desciende el colgajo mucoperiostico, el cual se debe de sostener con un separador romo. (Ob. Cit.).

Extracción propiamente dicha: Para facilitar el problema quirúrgico, la odontosección se impone. Como en el maxilar superior, la escasa elasticidad del hueso mandibular, en su porción basilar, exige la disminución del volumen del diente retenido, la odontosección puede realizarse con fresa, escoplo y martillo. Las porciones seccionadas se extraerán por separado, con elevadores rectos o angulares, según la facilidad del acceso. Janer. J. (1999). Manejo de los Caninos Retenidos por Palatino. Documento en línea. Disponible en. www.Yahoo.com. (Septiembre,10-2001).

Extracción de caninos inferiores linguales.

Esta posición es relativamente errada. La intervención puede realizarse por vestibular, cuando exista espacio entre los dientes vecinos. La extracción por el lado lingual es muy laboriosa, por las dificultades de acceso, ubicación del diente retenido y la mala iluminación y visibilidad a este nivel, por eso es preferible elegir la vía vestibular. El método de la odontosección disminuye los riesgos de lesiones sobre los dientes vecinos y presiones excesivas que pueden comprometer la integridad del maxilar. En el resto de la operación se ajusta a las normas ya señaladas para la extracción de los caninos por vestibular.(Ob, Cit.).

2- Evitar su extracción.

Se le explicara al paciente las posible consecuencias que puede traer evitar su extracción tales como: Problemas de alineación dentaria en el cual se puede observar desplazamientos de dientes vecinos, los dientes retenidos actúan mecánicamente sobre los dientes próximos produciendo trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su

integridad anatómica, en su intento de erupcionar producen desviaciones en la dirección de los dientes vecinos, y aun trastornos a distancia como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección produciendo entrecruzamientos de dientes conglomerados antiestéticos. (López, 1991).

También pueden presentarse o instalarse patologías como Odón tomas, Quistes, y la presencia de otras enfermedades como accidentes infecciosos, están dada por la infección de su saco peri coronario . La infección de este saco puede originarse por distintas vías.

Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal y el proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodontal de un diente vecino , también la infección puede originarse por la vía hemática.

Los dientes retenidos pueden causar presión y esto ocasionar dolor facial, dolores en los ojos , costados de la cabeza, cara, cuello; también cursan con cefaleas y resorción de los dientes vecinos. Así como puede darse el caso que un paciente presente retención de un canino y no desarrolle ninguna sintomatología o patología.

3- Reimplante.

Se hace desde la antigüedad y hoy en día se practica a escala universal con distintas técnicas, el problema surge con la supervivencia del diente en la boca, ya que , debido que en la mayor parte de los casos se produce una resorción cemento dentinaria inevitable, el pronostico con el tiempo es dudoso y después de 5 años el diente reimplantado cae espontáneamente. Puede hacerse dos

tipos de reimplantación, uno excepcional y relativamente audaz intentando una cicatrización vascular, y otro tipo más corriente en el que se pone en práctica el tratamiento endodóntico. En los últimos años ha ido variando el criterio con respecto a la mejor técnica en la reimplantación, buscando como principal objetivo el evitar la resorción cemento dentinaria y lograr una mayor supervivencia en la boca del diente reimplantado. Liberti, D. (2001, Abril). “La exodoncia de caninos retenidos en el maxilar”. El Carabobeño, pag. 10.

4- Técnica Quirúrgica Ortodóntica.

Con esta técnica prevenimos la extracción dentaria para luego reposicionar los caninos retenidos en su sitio con una tracción Ortodóntica muy lenta en sus movimientos y es la que estamos implementando en estos momentos. El método de esta técnica es el siguiente: Se hace una incisión en los espacios interdentarios palatinos, comenzando entre los premolares y rodeando las fibras palatinas libres, el grueso colgajo mucoperiostico es despegado del hueso con la cucharilla para hueso Molt# 4, el contenido del agujero palatino se divide con el bisturí en el sitio en que entra al colgajo, se reseca el hueso (osteotomía) con la fresa quirúrgica con un movimiento de vaivén o con el escoplo, esto es para descubrir la corona del diente retenido, se realiza un canal de conducción en el tejido óseo para que dicho canino se deslice con mayor facilidad, luego seguidamente la desmineralización de la cara vestibular con ácido fosfórico, colocación de resina foto curada para adherir el Braket, utilizando a este como anclaje para un medio de tracción.(Ob. Cit).

Se comenzara a guiar y trasladar la pieza dentaria liberada con el fin de situarla y alinearla correctamente en la arcada y así por ultimo colocar el alambre elástico como medio para producir la tracción o a su defecto la cadeneta elástica.

Mediante estos se producen fuerzas discontinuas al diente liberado que permiten que a medida que la pieza dentaria se movilize, el hueso, el ligamento periodontal, el paquete vasculonervioso pulpar y la encía acompañen a la misma, con esto se evita así producir lesiones óseas, periodontales, necrosis pulpares recesiones gingivales.

Luego procedemos con el lavado del área intervenida con cloruro de sodio para así eliminar los restos de cualquier material que pudiese producir alguna infección y por ende un retardo en la cicatrización, el colgajo en su lugar colocando de 4 a 5 puntos de sutura ínter dentaria , una gasa para presionar el colgajo al hueso por 20 minutos y así evitar un hematoma y una placa de acrílico transparente para realizar presión por 3 días aproximadamente y así asegurar la adherencia del colgajo al hueso. Documento en línea disponible en <http://www.infomed.es/sei/casos>. (Agosto, 23- 2001).

- El campo de la Cirugía Bucal y Maxilo Facial con el venir de los años y en la búsqueda de nuevas técnicas y procedimientos, ha experimentado grandes transformaciones en el área de la Odontología. En este capítulo tratamos de mencionar y explicar los tratamientos mas utilizados y actualizados aplicados a la retención de los caninos. Se evaluarán 3 variables importantes las cuales influyen en el pronostico: La edad del paciente, la motivación del paciente, es importante para el buen pronostico del tratamiento y no olvidar que el enfoque del tratamiento es multi disciplinario para así brindar unas mejores alternativas y planificación del tratamiento.

CAPITULO V

INVESTIGACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LA RETENCION DE LOS CANINOS

La información a nivel nacional sobre la etiología y tratamiento de los caninos retenidos es algo escasa, encontrando poca información a nivel de periódicos, revistas y algunos artículos en Internet. En cuanto a las informaciones internacionales, hay mayor variedad de información, que nos habla un poco más sobre las etiologías, tratamientos presentando nuevas técnicas, procedimiento y prevalencia, así como las frecuencias de la retención de los caninos.

A continuación presentaremos un artículo encontrado en línea donde se explicaran algunos Tratamiento Quirúrgico para la Tracción Ortodóntica de Caninos en Retención Profunda realizados por Dr. D. David Morales Schwarz (Valladolid). Documento en línea disponible en <http://www.infomed.es/sei/casos>. (Agosto, 23-2001).

El autor hace una revisión de las técnicas quirúrgicas y las alternativas de tratamiento de los caninos retenidos. Define la impactación profunda. Postula la conveniencia de tratar estas piezas mediante técnicas cerradas y la realización de túneles o rutas óseas, debido a que se consigue un patrón eruptivo fisiológico, lo que redundará en menores problemas periodontales. Menciona la importancia de una estrecha colaboración entre el cirujano y el ortodoncista en el tratamiento de estos casos.

Funcional y estéticamente el canino es una de las piezas mas importantes del sistema dentario. Es reconocido el papel de los caninos como pivotantes anteriores de los movimientos mandibulares además, estéticamente, el canino es una pieza que define y mantiene el arco dentario asimismo, el pilar óseo canino, contiene de la raíz homóloga, proporciona soporte a los tejidos blandos de la zona labio geniana.

La frecuencia de impactación de los caninos maxilares varia entre el 1% y el 2,5%, siendo solo superados en frecuencia de impactacion por el tercer molar inferior. Existe coincidencia en cuanto a la mayor frecuencia de implantaciones en la mujer que en el hombre, en el maxilar superior que en el inferior en una proporción de 20 a 1, además es mayor la frecuencia de caninos maxilares retenidos por palatino que los incluidos por vestibular.

Se aceptan como factores causales de la retención canina, la falta de espacio , la perdida precoz del canino decidúo, la presencia de un obstáculo mecánico como puede ser un odontoma o un quiste, traumatismo, rotación primaria del germen, secuencia eruptiva anómala, cierre prematuro del ápice radicular y por ende perdida de fuerza eruptiva, lesiones periapicales de la dentición decidúa, anquilosis, genética, morfología, posición o ausencia del lateral maxilar. (Foto 1- 2 anexo A)

La mayor incidencia de estas retenciones en el maxilar superior por palatino se puede explicar por la posición comparativamente alta del germen del canino en el hueso maxilar cuando se inicia la rizogenesis, de manera que el canino debe recorrer un camino muy largo a través de un hueso denso, sin una guía precisa de erupción, por lo que la mínima desviación primaria del germen puede variar grandemente la dirección final, además el canino inferior y los premolares suelen preceder al canino superior, lo que puede ocasionar una discrepancia dentoalveolar que impida la colocación de esta pieza.

Algunos autores especulan que la retención canina palatina puede deberse a un exceso de espacio, con la subsecuente pérdida de la relación de la corona del canino con la porción distal de la raíz del lateral, que le serviría de guía eruptiva.

Se mencionan como factores predisponentes de la retención canina palatina; las maloclusiones clase II división 2 y la aplasia y displasia del lateral superior.

El Dr. David Morales, hace mención o cita algunos autores tales como: Lindauer que propone una modificación del método de Ericson y Kurol y establece que si en una ortopantomografía, observamos que la punta de la corona del canino no erupcionado, se ubica mesial al eje longitudinal del lateral, es de esperar una impactación palatina en un 78% de los casos.

Ericson, menciona la posibilidad de impedir la retención palatina mediante la extracción profiláctica entre los 10 y 13 años del canino decidúo.

El tratamiento de un canino retenido puede ser: Extracción, Reubicación o sustitución, a continuación se explica:

- Expectante, en cuyo caso el paciente debe ser informado adecuadamente de las posibles consecuencias de dejar esta pieza en boca, además se le realizarán radiografías estandarizadas de control al menos cada 2 años.
- Extracción y sustitución por prótesis convencional, maryland o cierre de espacio: cuando existan razones de tipo local o general que desaconsejen la tracción, tales como; anquilosis, situación ésta, por otra parte difícil de diagnosticar preoperatoriamente, afección de raíces de piezas contiguas, presencias de patología quística de gran tamaño, imposibilidad de tracción ortodóntica de la pieza por grave malposición y por la negativa del paciente a someterse a un tratamiento quirúrgico-ortodóntico.

- Extracción del canino y colocación inmediata o diferida de implante:

Esta modalidad de tratamiento, aunque preferible a la anterior, tiene sus mismas indicaciones, es decir, sólo debe realizarse ante la imposibilidad técnica o la negativa del paciente a realizarse una tracción ortodóntica. En esta modalidad de tratamiento debemos preservar la mayor cantidad de hueso posible y recurrir a injertos óseos autólogos y/o heterólogos junto con técnicas de regeneración tisular guiada para recuperar el capital óseo perdido.

- Reubicación o auto trasplante: es una alternativa a la extracción, con sus mismas indicaciones.
- Exposición quirúrgica y tracción ortodóntica: Es la técnica de primera elección para tratar un canino incluido, siempre que no concurren algunas de las contraindicaciones mencionadas antes como indicaciones para la extracción. (Foto 3 anexo A)

Existen múltiples variantes para la realización de estas técnicas quirúrgico-ortodónticas de desinclusión, entre ellas mencionaremos:

1. Fenestraciones mucosas y/o óseas con o sin bisturí eléctrico e impidiendo la proliferación de tejido sobre la corona de múltiples maneras: cementos, papel de aluminio.
2. Colgajos de reposición apical para exponer la corona y no perder encía adherida.

Por lo general, el autor no es partidario de estas técnicas, ya que existe pérdida significativa de aparato de inserción, de recesión e inflamación gingival en estas piezas, además de condicionar en gran medida el resultado estético del tratamiento.

Por tanto cuando empleamos estas modalidades de tratamiento se debe poner especial énfasis en la persistencia de un aro de tejido queratinizado alrededor de la corona expuesta. Aunque esta condición se puede lograr por palatino o mediante un colgajo de reposición apical, también es cierto que estas técnicas provocan pérdida del aparato de inserción de las piezas.

Los resultados más satisfactorios se obtienen cuando se restaura el patrón eruptivo fisiológico, esto es, la erupción del diente en la cercanía de la cresta, de manera que exista encía adherida a su alrededor.

Tratamos la mayoría de las retenciones, en especial las profundas, ya sean vestibulares (Fotos 5 *anexo B*), palatinas (Fotos 6 *anexo B*) o inferiores (Fotos 9-11 *anexo C*) mediante procedimientos cerrados, es decir, empleando colgajos movilizados, exposición de una porción de la corona de la pieza incluida, colocación de un aditamento adherido y posterior realización de un "túnel o ruta ósea" que aloja el elemento de tracción que saldrá a la cavidad bucal por el lugar de erupción natural de la pieza y la posterior reposición del colgajo quirúrgico. Algunos autores utilizan la terminología "incluido" para referirse al canino no erupcionado en posición palatina profunda y el término "retenido" para referirse a situaciones submucosas. Nosotros coincidimos con otros autores en cuanto a considerar un asunto semántico tal diferenciación, por lo que nos referimos a estas piezas indistintamente como retenidas o incluidas. Clasificamos las retenciones como submucosas u óseas y éstas a su vez en vestibulares o palatinas, siendo ésta una clasificación de orientación anatómica terapéutica, más que etiología o de otra índole.

Consideramos que un canino está en impactación profunda o compleja, cuando se encuentra retenido en posición sub ósea y alejado de su posición fisiológica en la arcada. Ante esta situación se precisa de una estrecha colaboración y comunicación

entre el cirujano, el ortodoncista y el paciente a fin de evaluar las alternativas y posibilidades de tratamiento.

Debemos asimismo, evaluar la situación quirúrgica, para lo que nos valemos principal, aunque no únicamente, de un estudio radiográfico que incluye radiografía ortopantomografía, radiografías oclusales y peri apicales seriadas (MOD), a fin de ubicar el canino tanto en el plano sagital como en el coronal.

La ubicación palatina de la corona del canino es importante para poder establecer la vía de abordaje quirúrgico; para obtener esta información aplicamos la ley del objeto bucal o ley de Ennis y Berry a radiografías seriadas orto, mesio o disto anguladas.

El abordaje de las piezas retenidas por palatino lo realizamos mediante una incisión envolvente alrededor de los dientes y levantamos un colgajo mucoperióstico de suficiente amplitud para intervenir sobre la corona de la pieza incluida.

Cuando podemos, respetamos el paquete vasculonervioso naso palatino (Foto 7 anexo B), aunque su desinserción no representa problema alguno (Foto 10 anexo C). No es partidario del abordaje a distancia de los cuellos dentarios propuesto por Abrams ya que complica la cirugía y retrasa la cicatrización. Cuando el abordaje debe ser vestibular, intentamos evitar retracciones en las piezas vecinas y siempre reposicionamos el colgajo en su posición original a fin de evitar la disminución de la encía adherida.

La osteotomía se realiza, por lo general, con fresa de tungsteno redonda, teniendo especial cuidado de no lesionar la corona del canino incluido. Solo eliminamos el hueso necesario para exponer una porción de la corona donde poder colocar un botón o braquet ortodóntico adherido (Foto 3 anexo A).

Una vez expuesto el canino y dado que la anquilosis es un fenómeno muy difícil de diagnosticar en estas piezas, si tenemos sospechas razonables de anquilosis, movilizamos ligeramente la pieza a fin de descartar este fenómeno. Debemos realizar la movilización con sumo cuidado, pues una maniobra intempestiva podría dar origen a una anquilosis posterior o a una necrosis pulpar.

Para la fase de adhesión aplicamos un producto convencional de adherir braquets. Debemos evitar la contaminación con sangre de la superficie del diente, durante el procedimiento de adhesión, para lo que podemos valernos de gasas, soluciones hemostáticas, que deben ser eliminadas escrupulosamente a posteriori, cera de hueso, vasoconstrictores. Aunque suele ser suficiente un lavado vigoroso y la compresión de cualquier vaso intraóseo sangrante. (Foto 8 anexo C)

Si después de varios intentos no logramos una adhesión satisfactoria, recurrimos a la perforación de un agujero en la punta de la corona para atar el canino con un alambre. (Foto 11 anexo C).

Una vez cementado el botón comprobamos la adhesión y luego labramos un túnel o una senda ósea que facilite y dirija la erupción además de contener el elemento de tracción, que saldrá a la cavidad bucal en la zona donde queremos que tenga lugar la erupción de la pieza. (Foto 10 anexo C)

La fase post quirúrgica no suele presentar gran morbilidad y el postoperatorio es, por lo general, muy favorable. (Foto 9 anexo C)

Finalizada la etapa quirúrgica referimos al ortodoncista que iniciará la tracción a partir de los 7-10 días. La fase de tracción suele durar entre 6 y 14 meses.

En nuestra práctica preferimos las "técnicas cerradas" para tratar los caninos retenidos, de esta manera evitamos posteriores carencias de encía adherida, retracciones gingivales y pérdida de inserción en estas piezas.

Pensamos que la realización de un túnel o ruta ósea facilita la posterior tracción ortodóntica, además de alojar el alambre de tracción. Preferimos y en la gran mayoría de los casos logramos cementar aditamentos oflodónticos en la corona de la pieza incluida. En nuestra casuística no hemos tenido ningún caso de despegamiento de braquets.

El post-operatorio en estos casos es muy favorable, la tracción ortodóntica no provoca mayores molestias que las causadas por un tratamiento ortodóntico convencional.

Cirugía Ortodóntica: Técnicas Quirúrgicas para la Liberación de Piezas Retenidas

Segundo artículo que nos habla un poco sobre conceptos fundamentales, condiciones preoperatorias y procedimiento por vía vestibular y por vía palatina. Documento en línea disponible en [www. Altavista.com](http://www.altavista.com). (Septiembre,10-2001).

Explica un poco sobre la liberación de una pieza retenida, la cual consiste en descubrir parte de la corona mediante la eliminación o desplazamiento de los tejidos que la cubren, así como también eliminar las lesiones patológicas que pueden presentarse. Luego se hace énfasis que las piezas que mayormente requieren estas intervenciones son en orden decreciente los caninos, los incisivos, los premolares y por último los molares, siendo frecuencia mayor para la serie superior.

Los dientes retenidos pueden ubicarse dentro del maxilar hacia vestibular, hacia palatino o en forma transalveolar, mixta o intermedia. La vía para abordar y liberar el

diente retenido depende de cual de estas tres ubicaciones adopte. Consecuencia de este motivo es la privativa importancia que tiene conocer la ubicación del mismo para la selección de forma correcta el lado de la arcada por el cual se practicara la intervención. Para conocer dicha ubicación se debe desarrollar junto a un profundo examen clínico, con el cual en ciertos casos puede establecerse la posición y con una rigurosa evaluación radiográfica de la zona. (Foto 1-2 anexo D).

Condiciones Preoperatorias: Sumado a la historia clínica y a los análisis de laboratorio del paciente que indican si sus condiciones generales son las aptas para realizar este procedimiento quirúrgico, es condición imprescindible que el mismo se encuentre bajo tratamiento ortodontico en forma previa a la cirugía, de modo tal que exista el espacio suficiente en la arcada para el diente a liberar o la posibilidad de que el ortodoncista lo genere. Esta condicion tiene un doble fundamento: sin el espacio adecuado, el diente liberado no podrá erupcionar o podrá hacerlo, pero se dificultara o le resultara incluso imposible al ortodoncista guiarlo correctamente hasta su posición final en la arcada. Además, dicho espacio en el reborde provee de encía adherida, de carácter vital para evitar sobre todo en las retenciones vestibulares altas, las recesiones gingivales y perdidas óseas marginales originadas por no ofrecer dicho tejido al diente liberado en el procedimiento quirúrgico. (Foto 4-5 anexo D)

Técnicas Quirúrgicas para la Liberación de Piezas Dentarias Retenidas

Se describe una técnica de liberación utilizada para las retenciones vestibulares y palatinas. (Foto 18-19 anexo F)

Procedimiento por Vía Vestibular: Previa antisepsia del área a intervenir, se realiza con un bisturí tipo Bard Parker y hoja Nº15 (Foto 20 anexo F) dos incisiones verticales ligeramente divergentes hacia el fondo de surco desde mesial y distal del

temporario (Foto 7 anexo D). Se traza una tercera incisión, de dirección horizontal, que une los límites coronal al nivel del vértice de la pieza retenida. En esta última situación, de ser necesario, puede realizarse dicha incisión horizontal sobre el lado palatino/lingual del reborde, obteniendo de esta manera un colgajo con mayor cantidad de encía adherida. (Foto 13-14 anexo E)

Trazadas las incisiones se decola un colgajo mucoperiostico que descubre la corona de la pieza retenida o el hueso que la cubre de manera parcial o total (Foto 15-16 anexo E). De presentarse cubierta por tejido óseo, con fresa redonda para hueso Nº8 se elimina el mismo liberando desde el vértice de la cúspide hasta llegar periféricamente al ecuador de la corona, evitando sobrepasar dicho límite.

De este modo se elimina la cantidad mínima de tejido óseo que permite liberar el diente y no se invade la unión cementodamantina, pautas que deben respetarse para no alterar el desarrollo periodontal sano y normal de esa pieza (Foto 12 anexo E). Se exodoncia el diente deciduo y se realiza eliminación del saco peri coronario.

Una vez liberada la pieza dentaria y realizado la limpieza del área, se reposiciona el colgajo apilcamente y suturado (Foto 10 anexo E), cubriendo con el mismo 2 a 3mm de la corona expuesta, dejando libre la superficie adamantina necesaria para colocar el aditamento ortodontico (Foto 5 anexo A), según las técnicas actuales de adhesión y se protege el área intervenida con gasa yodo formada, la cual actúa como barrera física protegiendo la zona, realiza homeostasis y presta los beneficios de la acción antiséptica. Esta gasa se fija mediante un punto de sutura y se recambia cada 48 o 72 hs hasta que se cubran con epitelio los rebordes de la herida.

Procedimiento por Vía Palatina: Realizada la antisepsia y bloqueo sensitivo del área a intervenir, en forma previa al trazado de la incisión, se realiza con la finalidad de

lograr hemostasis de la zona, un punto simple en masa en el paladar a nivel de los molares.

En este punto penetra la fibromucosa palatina a 3 o 4 mm de distancia del cuello dentario de los citados dientes y emerge en dirección a la línea media a 12 o 15mm de los mismos, ligando transitoriamente a la arteria palatina superior, quien es responsable del posible sangrado intra o postoperatorio generado por no incidir a la misma o a sus pequeños ramos colaterales. Conocida previamente la localización del retenido en el paladar mediante la evaluación clínica y radiográfica (Foto 21-22-23 anexo F), se realiza a nivel del sector donde se encuentra el mismo, una incisión semilunar con base posterior y se logra un colgajo mucoperiostico. Con el mismo instrumental y de igual forma a la descrita en la técnica vestibular se realiza la liberación de la pieza retenida.

En las retenciones palatinas pueden sobrepasarse ligeramente los límites de eliminación de tejido óseo y de mucosa palatina, debido a que existe buena cantidad de hueso hacia vestibular y a que los problemas gingivales son de rara aparición en razón de las características de dicha mucosa. Se elimina el saco peri coronario y se coloca una pinza Halsted curva en la base del colgajo, maniobra que resume mas aun el sangrado intra operatorio y permite adherir el aditamento ortodontico (Foto 17 anexo F), luego se prosigue con los procedimientos ya explicados anteriormente.

Consideraciones Clínico-epidemiológicas sobre los Caninos Retenidos. En el presente artículo se muestran las incidencias, frecuencias y prevalencias de los caninos retenidos, tomando en cuanto al sexo y edad de los pacientes y condiciones de ubicación. Lopez. C. (2001). Consideraciones Clínico-epidemiológicas sobre los Caninos Retenidos. Documento en línea. Disponible en [www. Google. Com.](http://www.google.com) (Agosto, 23-2001).

Se presenta un estudio prospectivo longitudinal sobre 189 pacientes con 253 caninos retenidos, de 2 años de duración, realizado sobre pacientes que acudieron al servicio de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Se les realizó una historia clínica así como una exploración y estudio radiográfico y se rellenó una ficha clínica con datos epidemiológicos y clínicos. La media de edad de los pacientes fue de 32 años, encontrándose con más frecuencia en mujeres que en varones en una proporción 2:1. En el 69,3% de los casos la retención fue unilateral y en el 28,5% bilateral, presentándose en 2,1% de los casos más de dos retenciones.

La mayoría de las retenciones se encontraban en el maxilar (90,5%). La situación más frecuente fue en palatino (82,6%), pudiendo presentarse también en vestibular (13,4%) o de forma mixta (3,9%). Los resultados clínicos mostraron una frecuencia en su presentación del 5,8% de accidentes infecciosos, 10,5% mecánicos (8,4% de reabsorción del incisivo lateral y 2,1% de movilidad del mismo) y 5,5% tumorales (quistes) o de otro tipo (algias, alopecia.).

Abordaje Quirúrgico de los Caninos por Vestibular con Fines Ortodonticos

Durante décadas se operaron los caninos retenidos por vestibular sin el más mínimo de cuidado por preservar la dotación de encía adherida que cubría a la zona quirúrgica. Ello generaba recesiones gingivales o inflamación del margen gingival y dolor al cepillado de la misma. En los últimos años, una sencilla cirugía se ha universalizado para estos casos, veamos los pasos a realizar con el siguiente caso clínico. Dr. Jiménez. A.(2001). Documento en línea. Disponible en [www. Google.com](http://www.Google.com). (Agosto,23-2001).

El caso inicialmente presentaba un paladar estrecho con mordida cruzada posterior bilateral con retención de ambos caninos superiores definitivos. Tras la expansión palatina rápida, la posición del canino mejoró, pero a pesar de haber creado espacio suficiente con ayuda de ortodoncia fija, agotado un prudencial tiempo de espera, se procedió a realizar un abordaje quirúrgico con el objeto de adherirle un botón y traccionar al canino para acelerar su erupción

Con anestesia local y mediante un escarpelo, se realizan dos corte de liberación que evitando tocar las papilas de los dientes próximos nacen en el centro del proceso alveolar y corren hasta alcanzar algunos milímetros por encima de la línea mucogingival. Mientras más tumbada este la hoja del bisturí menor será la cicatriz final. (Foto 6 anexo D)

Con un tercer corte se termina de delimitar el colgajo que será reposicionado apicalmente, y con la ayuda del periostomo se libera el colgajo (Foto 14 anexo E). Si tras levantar el colgajo no se localiza el diente retenido se realiza osteotomía hasta alcanzarlo.

Si la osteotomía es muy amplia y el canino está situado muy por encima de la línea mucogingival puede cerrarse la herida operatoria cubriéndola con el colgajo totalmente.

La cirugía que proponemos es para caninos próximos a la cortical que quedarán expuestos en la cirugía. El hecho de liberar el colgajo más allá de la línea mucogingival hace que este se retraiga en gran medida hacia apical facilitando su reposicionamiento, y con un par de puntos laterales se fija el colgajo en la nueva posición procurando que toda la encía adherida quede, aunque tenga que quedar fruncida, por encima del canino que quedará expuesto, en ese momento o a la semana se fija un botón adhesión al esmalte y se liga a distancia con una ligadura elástica hasta que alcance la línea de oclusión (Foto 11 anexo 11) y cuando quede expuesta la

zona adecuada para el cementado del brackets se sustituye el botón por este y se termina el caso de forma habitual.

- Los artículos presentados nos ayudan a conocer un poco mas sobre las etiologías, definiciones, frecuencias, diagnostico, actitud terapéuticas, así como también manejos y últimos procedimientos empleados en la retención de los caninos, nos habla un poco sobre la importancia que tienen estas unidades dentarias en nuestra boca .

Funcional y estéticamente el canino es una de las piezas mas importantes del sistema dentario. Es reconocido el papel de los caninos como pivotantes anteriores de los movimientos mandibulares además, estéticamente, el canino es una pieza que define y mantiene el arco dentario asimismo, el pilar óseo canino, contiene de la raíz homologa, proporciona soporte a los tejidos blandos de la zona labio geniana.

JUSTIFICACIÓN

La siguiente investigación documental esta basada ante la inquietud de conocer sobre las principales etiologías ó causas que pueden contribuir en la aparición de la retención de un diente, es decir cuales son las causas de dicha patología que pueden ocasionar estos problemas o patologías que se pueden desarrollar por la retención de

estos dientes tales como Quistes, Odón tomas, etc. Se estudiaron simultáneamente aspectos relacionados con las principales complicaciones derivadas de la retención si no son tratadas oportunamente.

Se pretende dar a conocer cuales son las últimas técnicas y tratamientos empleados en la retención de los caninos, para tratar de despertar una inquietud en los estudiante para que indaguen un poco mas sobre la retención de ciertos dientes y que los Odontólogo tengan conocimiento sobre estas técnicas y estén motivados a estar actualizados con respecto a las nuevas terapéuticas para así prestar un mejor servicio y técnicas de diagnostico, reconocer su sintomatología, saber que actitud terapéutica tomar en estos casos y no olvidar que el enfoque del tratamiento es multidisciplinario en tal sentido el Cirujano, Ortodoncista, Endodoncista y el Ortopedista pueden formar parte de un gran equipo de trabajo para la planificación del tratamiento y así brindar una alternativa, mejorando el aspecto estético y funcional del paciente recordando que el canino es la unidad dentaria que Funcional y estéticamente es una de las piezas mas importantes del sistema dentario.

Es reconocido el papel de los caninos como pivotantes anteriores de los movimientos mandibulares además, estéticamente, el canino es una pieza que define y mantiene el arco dentario asimismo el pilar óseo canino contiene de la raíz homóloga y proporciona soporte a los tejidos blandos de la zona labio geniana. En fin esta investigación permite ampliar el conocimiento de la Odontología y proveerá al lector interesado un entendimiento mas extenso en cuanto a esta valiosa profesión.

CONCLUSIONES

- Se denomina canino retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, van a quedar encerrados en los maxilares, conservando la integridad del saco peri coronario. Se sospecha la existencia de un canino retenido cuando este falta en la arcada a los 14 o 15 años de edad, en la presencia o ausencia del diente desiduo. Otros signos que pueden hacer sospechar la retención del canino son los desplazamientos de los dientes vecinos. El dolor es un trastorno que acompaña a los dientes retenidos, este puede ser neurálgico y puede sentirse en el maxilar, dolor en los oídos, ojos, costados de la cabeza, cara, dorso del cuello y cintura escapular.
- La cirugía requiere precisión tanto en su planeación como en su ejecución, no basta que el Odontólogo conozca la presencia del diente retenido antes de considerar la operación, es necesario determinar su posición exacta y su relación con los demás dientes. En este capítulo se trató de explicar los medios de diagnóstico, aunque muchas veces el examen clínico y la palpación son de cierta utilidad.

La localización adecuada depende considerablemente de las cuidadosas interpretaciones radiográficas pertinentes, por lo menos se necesitan dos vistas tomadas en ángulo recto entre sí. El Odontólogo debe de conocer el valor y las limitaciones de cada vista radiográfica disponibles para su uso y debe de revisar todas las radiografías en forma escrupulosa .

- Existen numerosas clasificaciones para la retención de los dientes retenidos, la mayoría son confusas, muy diferentes entre sí y no dan una idea

clara de la posición y la relación de los caninos retenidos. Hasta hoy no existe una clasificación clara para los caninos retenidos. Según (Laskin,1986) se puede clasificar la retención de los Caninos de acuerdo a su posición.

Las retenciones superior e inferior que podemos encontrar de acuerdo a su posición son: Labiales, Palatina, Intermedias e Inusuales. La localización es importante, dado que las técnicas quirúrgicas para la extracción de los cuatro tipos varían, tanto que son prácticamente operaciones que no tienen relación entre sí.

Las radiografías intra bucales pueden leerse de manera de determinar la forma del diente así como su ubicación. Los caninos que están en situación labial suelen erupcionar espontáneamente o se los puede exponer quirúrgicamente para que después el ortodoncista los lleve a su posición correcta. En personas mayores y en pacientes que no desean que se les ensanche el arco para crear el espacio necesario para llevar el diente a su posición, puede ser que se deba realizar una odontectomía.

En cambio Los caninos que se alojan en el paladar con una frecuencia mucho mayor en la apófisis alveolar labial, donde son difíciles de extraer y a menudo este tipo de posición es por lo general bilateral. Se debe de aplicar una incisión en la región del segundo premolar y prolongarla hacia delante en el surco gingival o cerca del margen gingival

hasta la región del incisivo lateral del otro lado y una retención intermedia es

con la corona en el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares, cerca de la cortical vestibular.

Aunque el estado no haya sido diagnosticado en el preoperatorio, se debe sospechar de él cuando surgen dificultades para la extracción de la porción radicular.

- El campo de la Cirugía Bucal y Maxilo Facial con el venir de los años y en la búsqueda de nuevas técnicas y procedimientos, ha experimentado grandes transformaciones en el área de la Odontología. En este capítulo tratamos de mencionar y explicar los tratamientos más utilizados y actualizados aplicados a la retención de los caninos. Se evaluarán 3 variables importantes las cuales influyen en el pronóstico: La edad del paciente, la motivación del paciente, es importante para el buen pronóstico del tratamiento y no olvidar que el enfoque del tratamiento es multidisciplinario para así brindar unas mejores alternativas y planificación del tratamiento.

- Los artículos presentados nos ayudan a conocer un poco más sobre las etiologías, definiciones, frecuencias, diagnóstico, actitud terapéutica, así como también manejos y últimos procedimientos empleados en la retención de los caninos, nos habla un poco sobre la importancia que tienen estas unidades dentarias en nuestra boca.

Funcional y estéticamente el canino es una de las piezas más importantes del sistema dentario. Es reconocido el papel de los caninos como pivotantes anteriores de los movimientos mandibulares además, estéticamente, el canino es

una pieza que define y mantiene el arco dentario asimismo, el pilar óseo canino, contiene de la raíz homóloga, proporciona soporte a los tejidos blandos de la zona labio geniana.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Centeno. R. (1987) **Cirugía Bucal.** Editorial. Panamericana Buenos Aires.
- 2- Costich . J. (1989) **Cirugía Bucal.** Editorial. Panamericana.
- 3- David. M. (2001) **Tratamiento Quirúrgico para la tracción Ortodóntica de Caninos Retenidos.** Documento en línea disponible en <http://www.infomed.es/sei/casos>.
- 4- Howe. G. (1983) **Cirugía Bucal Menor .** Editorial Panamericana México D.F.
- 5- Janer. J. (1999). **Manejo de los Caninos Retenidos por Palatino.** Documento en línea disponible en [www. Yahoo.com](http://www.Yahoo.com).
- 6- Jiménez. A. (2001). **Abordaje Quirúrgico de los Caninos por Vestibular con Fines Ortodónticos.** Documento en línea disponible en www.Google.com.
- 7- Kruger. C. (1986). **Cirugía Bucomaxilofacial.** Editorial Panamericana.

- 8- López. A. (1991). **Cirugía Oral**. Editorial Interamericana.
- 9- Laskin. D. (1987). **Cirugía Bucal y Maxilofacial**. Editorial Panamericana.
- 10- Liberti. D. (2001). **La Exodoncia de los Caninos Retenidos en el Maxilar**. El Carabobeño, Suplemento Medico, Pág.10.
- 11- López. C. (2001). **Consideraciones Clínico-epidemiológicas sobre los Caninos Retenidos**. Documento en línea disponible en [www. Google.com](http://www.Google.com).
- 12- **Técnicas Quirúrgicas para la Liberación de Piezas Dentarias Retenidas**. Documento en línea disponible en www.Altavista.com. Septiembre (10-2001).
- 13- **Cirugía Ortodóntica**. Documento en línea disponible en www.Yahoo.com. (Septiembre, 10-2001).

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Centeno. R. (1987) **Cirugía Bucal.** Editorial. Panamericana Buenos Aires.
- 2- Costich . J. (1989) **Cirugía Bucal.** Editorial. Panamericana.
- 3- David. M. (2001) **Tratamiento Quirúrgico para la tracción Ortodóntica de Caninos Retenidos.** Documento en línea disponible en <http://www.infomed.es/sei/casos>
- 4- Howe. G. (1983) **Cirugía Bucal Menor .** Editorial Panamericana México D.F.
- 5- Janer. J. (1999). **Manejo de los Caninos Retenidos por Palatino.** Documento en línea disponible en [www. Yahoo.com.](http://www.Yahoo.com)
- 6- Jiménez. A. (2001).
- 8- López. A. (1991). **Cirugía Oral.** Editorial Interamericana.
- 9- Laskin. D. (1987). **Cirugía Bucal y Maxilofacial.** Editorial Panamericana.
- 10- Liberti. D. (2001). **La Exodoncia de los Caninos Retenidos en el Maxilar.** El Carabobeño, Suplemento Médico, Pág.10.
- 11- López. C. (2001). **Consideraciones Clínico-epidemiológicas**



UNIVERSIDAD DE
OBO
FACULTAD
DE ODONTOLOGIA
PROYECTO DE
INVESTIGACION
DEP.
FORMACION
INTEGRAL DEL
HOMBRE

ETIOLOGIA Y
TRATAMIENTO DE LOS
CANINOS RETENIDOS

Abordaje Quirúrgico de los Caninos por Vestibular con Fines Ortodónticos.

Documento en línea disponible en www.Google.com.

7- Kruger. C. (1986).

Cirugía Bucomaxilofacial.
Editorial Panamericana.

sobre los Caninos Retenidos.

Documento en línea disponible en www.Google.com.

12- Técnicas Quirúrgicas para la Liberación de Piezas Dentarias Retenidas.

Documento en línea disponible en www.Altavista.com.
Septiembre (10-2001).

13- Cirugía Ortodóntica.

Documento en línea disponible en www.Yahoo.com.
(Septiembre, 10-2001).

AUTORES:

GABRIEL
FERNANDEZ

KARIN
GALLO

**VALENCIA,
OCTUBRE 2001**



INTRODUCCION

La presente investigación tiene como propósito analizar y explicar la importancia del proceso de liberación de las piezas retenidas el cual consiste en descubrir parte de la corona mediante la eliminación o el desplazamiento de los tejidos que la cubren.

Para el estudio de caninos retenidos se puede determinar que estos ocasionan problemas de alineación dentaria en el individuo, siendo necesario tratarlos a través de ortopedia, ortodoncia y cirugía.

El contenido de esta investigación documental nos hablara un poco sobre: la etiología, signos y síntomas, medios de diagnostico, posición de los caninos de acuerdo a su retención y posibles tratamiento a emplear.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Indagar sobre la etiología y tratamiento de los caninos retenidos.

Objetivos especifico:

1. Describir la etiología, signos y síntomas de la retencion de los caninos.
2. Presentar los medios de diagnosticos existentes en la retencion de caninos.
3. Clasificar la retencion de los caninos de acuerdo a su posición.
4. Tratamientos empleados en los caninos retenidos.
5. Investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con la retencion de los caninos.

CONCLUSIONES

- Se denomina diente retenido a aquellos que al llegar a su época de erupción, quedan encerrados en los maxilares, conservando la integridad del saco peri coronario.
- Se debe realizar un profundo examen clínico que incluya análisis radiográfico, inspección y palpación para establecer la posición del diente retenido.
- Para abordar y liberar el diente detenido, se debe considerar la ubicación en la cual se encuentra.
- Los tratamientos recomendados van desde la extracción

hasta la intervención
quirúrgica ortodóntica.
•Actitud Terapéutica.
Recomendaciones ,
Sugerencias. Análisis
en equipos
multidisciplinarios.

