

RECUPERACION ESTETICA Y FUNCIONAL DE LOS CANINOS INCLUIDOS¹

SAMUEL FASTLICHT²

Los caninos superiores son las piezas dentarias más frecuentemente incluidas. La permanencia indefinida de una pieza dentaria en el maxilar, puede causar serios trastornos por la presión ejercida sobre los dientes vecinos hasta llegar a destruir parte de los mismos. Las piezas incluidas tienen tendencia a enquistarse y a veces pueden destruir parte del hueso maxilar.

El tratamiento debe ser quirúrgico y ortodóncico y es conveniente realizarlo alrededor de los doce años o antes. Tiene por fin liberar el diente incluido de la profundidad de los tejidos, reincorporándolo a su correcta posición dentro de la arcada dentaria. Incorporado el diente a la arcada dentaria, se recupera la función fisiológica y estética. (GAC. MÉD. MÉX. 100: 1161, 1970.)

EL CANINO SUPERIOR, uno de los dientes más vigorosos de la dentición humana, y factor muy importante en la estética de la arcada dentaria, fue durante mucho tiempo abandonado en la profundidad de los maxilares, cuando por algún trastorno desconocido no hacía su erupción normal.

Con el advenimiento de los rayos X se desentrañó su misteriosa posición, y, hoy la cirugía oral y la ortodoncia con sus recursos, permiten liberar este diente de la profundidad de los tejidos, reincorporándolo a la función dentro de

la arcada dentaria y también, mejorando el aspecto estético.

Los caninos incluidos los encontramos en ambos sexos, pero predominan en el sexo femenino; según Blum,¹ en un total de 190 piezas dentarias superiores incluidas, 99 eran caninos.

Más tarde, Rohrer² observó en 3,000 casos lo siguiente:

1. Que las mujeres presentan más caninos incluidos que los hombres, y con más frecuencia en el lado izquierdo.
2. Que los caninos incluidos son 20 veces más frecuentes en el maxilar superior que en la mandíbula.
3. Que la evolución palatina de los caninos es tres veces mayor que la vestibular.

¹ Trabajo de sección presentado en la sesión ordinaria del 4 de junio de 1969.

² Académico numerario.

La formación de los tejidos duros del camino permanente comienza entre los 4 ó 5 meses de vida; la formación completa de su esmalte tiene lugar entre los 6 ó 7 años. Hace su erupción en la cavidad bucal hacia los 11 ó 12 años y la formación definitiva de la raíz se efectúa cumplidos los 13.

En cuanto a su posición, al año encontramos la corona del canino permanente en vía de calcificación entre las raíces del primer molar temporal, en lugar de estar sobre el canino temporal, como sería de esperarse.

Según Atkinson,³ a la edad de cuatro años y medio el canino permanente lo encontramos sobre el primer premolar y éste a su vez sobre el primer molar temporal, es decir, tres piezas una encima de otra.

En un corte del maxilar superior, perteneciente a un ejemplar de cinco años y medio, se puede observar que las criptas de las piezas permanentes como: canino, de los incisivos central y lateral, del primero y segundo premolares y del primer molar, están comunicadas entre sí a esta edad. En esta época, se puede comprender que la presión externa por malos hábitos, puede fácilmente desviar el folículo dentario (Figura 1).

Comienza el canino su calcificación al mismo tiempo que el primer molar permanente a los 6 años, y sin embargo, su evolución definitiva es posterior; es decir, tarda el doble de tiempo en aparecer en la cavidad bucal.

Este tiempo tan largo requerido por el canino para su erupción hace que esté expuesto al medio ambiente durante varios años, lo que puede refle-

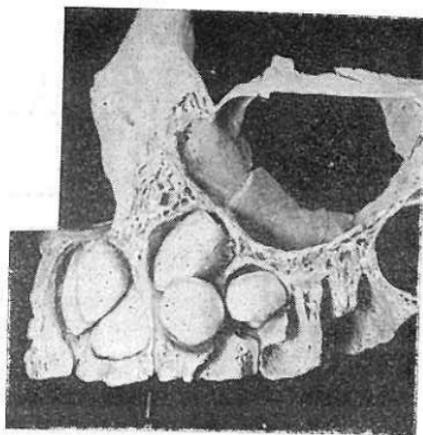


FIG. 1. Maxilar superior de un niño de edad 5½ años mostrando las criptas con las piezas permanentes: canino, los incisivos lateral y central, el primero y segundo premolares.

a) Gubernaculum del canino permanente. (Según Atkinson)

jarse más tarde, de manera desfavorable, en su posición definitiva.

Factores etiológicos. Ya Hunter,⁴ en 1778, en su obra clásica, describe entre las irregularidades del maxilar superior como las más frecuentes las de los caninos, porque éstos se forman más tarde que los *bicúspides*, y atinadamente observaba que todos los espacios están ya ocupados cuando hace su aparición el canino. En la actualidad se admiten entre los factores que pueden causar la inclusión del canino, como más frecuentes: dientes supernumerarios, quistes dentígeros, retención prolongada de caninos temporales con conductos radiculares sépticos, o la extracción prematura de caninos y molares temporales, ya que la extracción prematura del primer molar temporal, hace que el premolar permanente se desplace ha-

cia adelante, reduciendo el espacio que corresponde al canino. Entonces el canino permanente puede ser desviado fácilmente hacia la región vestibular o hacia la palatina.

La región palatina, en donde se encuentra generalmente el canino incluido, es considerada como resistente, no tanto por la estructura de los tejidos duros, sino porque la mucosa palatina es excesivamente gruesa. Lógicamente debe pensarse que la resistencia tan marcada de los tejidos por los que tiene que atravesar el canino, sea la causa de tan frecuentes inclusiones del mismo, dada la distancia que tiene que recorrer y el tiempo tan largo que requiere este recorrido.

La herencia, como en las demás malformaciones, juega papel importante, pues incluso parece que se heredan maxilares estrechos con falta de espacio.

Nosotros hemos observado, sin embargo, maxilares con arcadas bien desarrolladas, en los cuales existen a menudo caninos incluidos en posición casi horizontal. Esto nos hace pensar que el cuadro etiológico descrito no es definitivo y que algunas otras causas extrañas pueden influir en la reducción del espacio que corresponde al canino permanente.⁵

Otra de las causas determinantes de la inclusión de los caninos superiores, es la anomalía caracterizada por aparente prognatismo inferior, donde la oclusión de las piezas posteriores es normal y sin embargo en la región anterior del maxilar superior, se nota falta de desarrollo, pues se cruzan los dientes y dan la apariencia de un falso prognatismo.

En estos casos los dientes anteriores y superiores están en intraoclusión y atrapados por los inferiores.

Si no se interviene temprana y oportunamente, esta falta de desarrollo se puede traducir en contracción de la región anterior del maxilar que corresponde a los caninos, y la falta de espacio, dará como resultado la retención de ellos.

El tratamiento otodóncico temprano consiste en la expansión de esta región, para estimular el crecimiento del maxilar superior. En estos casos la intervención está indicada entre los 8 y 12 años.

Síntomas clínicos. Trastornos. En muchas ocasiones la posición del canino incluido, puede ocasionar trastornos, desalojando al incisivo lateral de su si-

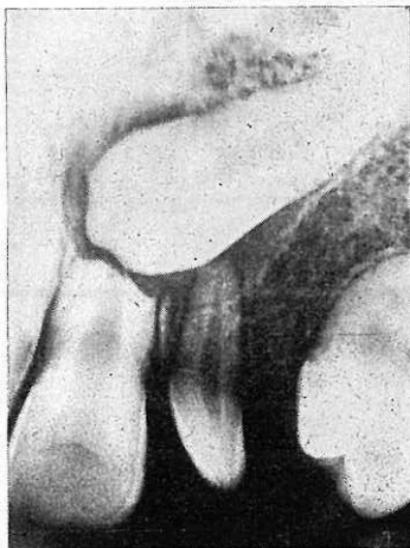


FIG. 2. Canino incluido produciendo resorción de la raíz del incisivo central. Niño de 12 años.

tio; produce una marcada rotación del mismo, pero el más grave es sin duda la resorción de la raíz del diente vecino, producida por la presión que ejerce el canino en la dirección de su crecimiento contra la raíz de un diente menos resistente, ya que los caninos son los dientes más vigorosos (Fig. 2).

Esta resorción se verifica sin causar dolor, ya que la presión es lenta y continua. La intensidad exagerada de la resorción radicular puede dar lugar a la degeneración pulpar.

Finalmente como todo diente incluido tiene tendencia a enquistarse, siendo el quiste pericoronario padecimiento relativamente frecuente en los caninos incluidos (Fig. 3).

Radiografía. La acostumbrada ra-



FIG. 3. Quiste pericoronario del canino incluido; la raíz del incisivo lateral perdida por resorción completa.

diografía intraoral no es suficiente para el diagnóstico de la pieza incluida y su correcta localización, puesto que los caninos pueden encontrarse tanto en la región vestibular cuanto palatina. Para la intervención quirúrgica es fundamental la radiografía oclusal. Se requieren a veces varias radiografías para localizar con exactitud la posición del canino y aún así, se tropieza con dificultades cuando está ubicado a la altura de los ápices en territorio situado entre el límite de las paredes vestibular y palatina.

La inclinación irregular puede ser desde casi vertical hasta completamente horizontal; esta última posición es la que causa mayores problemas, y también la más difícil de corregir (Figs. 4 y 5).

Técnica quirúrgica. El objeto de la intervención quirúrgica es ligerar al diente incluido y llevarlo por medio de aparatos de ortodoncia a su posición correcta en la arcada dentaria.

Una vez descubierto el diente se protege la herida con el cemento medicamentoso "Wonderpack" para evitar el dolor e impedir que tejidos de nueva formación vuelvan a cubrir al diente ya descubierto.

Las propiedades de este cemento quirúrgico son triples: hemostático, analgésico y antiséptico.

CEMENTO QUIRURGICO. FORMULA DEL DR. WARD

<i>Polvo:</i>	
Oxido de zinc	63 partes
Resina pulverizada	31 "
Amianto finamente desmenuzado	6 "
<i>Líquido:</i>	
Esencia de clavo	80 "
Aceite de oliva	20 "
Anilina roja, colorante soluble,	"



FIG. 4. Canino semiincluido en el maxilar superior en la región vestibular. Nótese la punta de la raíz en el seno maxilar.

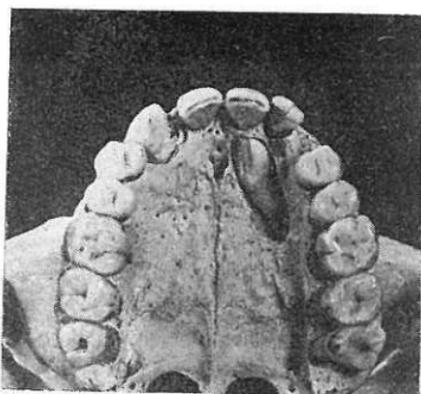


FIG. 5. Canino incluido en la región palatina.

El cemento se fija en un arco que atraviesa la región operada, previamente diseñado y construido.

Técnica ortodóncica. Este arco lingual lo hemos modificado soldándole un pequeño brazo adicional en el lugar que corresponde al canino expuesto. Este aditamento permite que el cemento se detenga durante varias semanas. El mismo procedimiento se puede aplicar al arco labial si el diente incluido se encuentra en la región vestibular.

Concluido el tratamiento quirúrgico y descubierto el diente, se deja a la naturaleza que haga el resto, es decir,

la erupción del canino después de haber suprimido los obstáculos.

Durante años, ortodoncistas, tanto americanos cuanto europeos, empleaban para hacer tracción del diente semiincluido, un pivote o ganchito fijado por medio de cemento, previa perforación en el borde del diente recién descuberto. Como es fácil comprender, tiene esta técnica mutiladora, el grave inconveniente de poder lesionar la cámara pulpar al perforarse el paquete vasculo-nervioso que ocupa gran parte del diente, por tratarse generalmente de individuos jóvenes.

Nosotros en cambio, pasadas varias semanas, procedemos a tomar la impresión del diente o segmento de diente que se asoma y se construye un casquete de oro; rígido, delgado y ligero, con un asa desde el cual ejercemos la tracción necesaria. Esta coronita o casquete tiene todas las ventajas de seguridad por no ser mutilante y permite ser substituida más tarde por una banda ortodóncica habitual. Para llevar el diente con su casquete a la posición deseada empleamos ya sea resorte metálico, o de hule, o con mejores resultados hiloseda-elástico.⁶

Estos pequeños casquetes o coronitas, ya cementados, son muy efectivos y

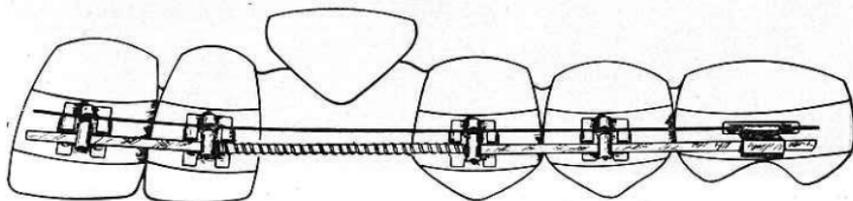


FIG. 6. Aparato de ortodoncia con resorte metálico haciendo espacio para el canino.

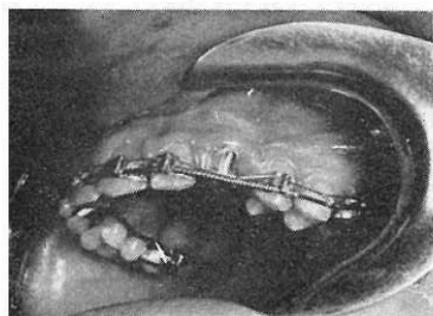
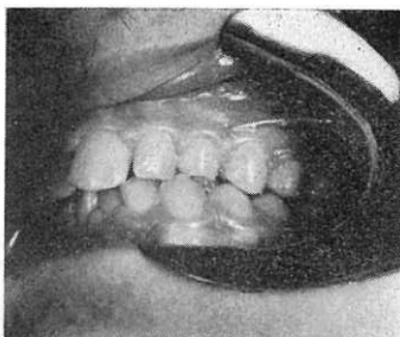


FIG. 7. Un caso tratado de canino incluído. A) Radiografías antes y después del tratamiento. B) Foto del diente temporal. C) Aparato de ortodoncia haciendo espacio para el canino que se encontraba incluído en la región palatina. D) Caso terminado. Nótese en su oclusión dentaria correcta.

rara vez se despegan, duran hasta que llega el tiempo de substituir el casquete por una banda de ortodoncia (Figuras 6 y 7).

REFERENCIAS

1. Blum, T.: *Malposed teeth: their classification, pathology and treatment*. Intern. J. Orthontia, 9: 122, 1923.
2. Rohrer, A.: *Displaced and impacted canines*. Intern. J. Orthontia, 15: 1003, 1929.
3. Atkinson, R.: *Some anatomic guiding treatment therapy*. Amer. J. Orthodontics, 28: 704, 1942.
4. Hunter, J.: *The Natural History of the Human Teeth*. London, 1778, p. 73.
5. Fastlicht, S.: *Treatment of impacted canines*. Amer. J. Orthodontics, 40: 12, 1954.
6. Fastlicht, S.: *Caninos incluídos y su tratamiento*. Rev. Asoc. Dent. Mex. 7: 271, 1960.